الخدمات المساندة

لذوي الإحتياجات الخاصة



تأليف
دكتور / إيهاب البلاوي
أستاذ التربية الخاصة المشارك

دار الزهراء - الرياض
ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

الخدمات المساندة
لذوي الأحتياجات الخاصة

الدكتور
إيهاب الببلاوي
أستاذ التربية الخاصة المشارك

دار الزهراء - الرياض

ح دار الزهراء للنشر والتوزيع ، ١٤٣١ هـ
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر
البيلاوي ، إيهاب عبد العزيز
الخدمات المساندة لذوي الاحتياجات الخاصة .
إيهاب عبد العزيز البيلاوي .- الرياض ١٤٣١ هـ .
٦٨٤ ص ؛ ١٧ × ٢٤ سم
ردمك : ٩٧٨-٦٠٣-٨٠٠٠-٧٠-٥
١- المعوقون - رعاية - السعودية أ. العنوان
ديوي ٣٦٢ر٤ ١٤٣١/٨٨٢٩

رقم الإيداع : ١٤٣١/٨٨٢٩
ردمك : ٩٧٨-٦٠٣-٨٠٠٠-٧٠-٥

الطبعة الأولى
١٤٣٢هـ/٢٠١١م

الرياض - العليا : بين شارعى العليا والضباب ت : ٤٦٤١١٤٤/٦ - ف : ٤٦٥٩٥٣٧
القصيم - بريدة : طريق الملك عبد العزيز ت : ٣٨٥٠٠٤٣ - ف : ٣٨٥٠١٣١
القاهرة - ١٣٤شارع ممدوح سالم خلف أرض المعارض / تليفكس ٢٤٠٤٦٣٢٩
E-mail: dar_alzhraa@hotmail.com / ozahraa@hotmail.com
Buraydh: ozahraa2@hotmail.com Cairo: ozahraa3@hotmail.com
www. daralzahraa.com.sa

بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويات

الصف

المحتويات — الصفحة

المحتويات	الصفحة

المحتويات

الصفحة

المحتويات — الصفحة

المحتويات

الصفحة

المحتويات	الصفحة

المقدمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين محمد بن عبد الله ﷺ الذي أُرسل رحمة للعالمين . . وبعد :

لقد أراد المؤلف في هذا الاستعراض السريع لفصول الكتاب أن يتذوق القارئ طعم كل فصل، على أن اترك له الفرصة للاكتشاف والدراسة المتعمقة لموضوعات الكتاب . وآمل أن اكون قد وُفقت في عرض المادة العلمية المرتبطة بالخدمات المساندة لذوي الاحتياجات الخاصة، وأن يكون هذا الكتاب علم يُنتفع به .

يضم الكتاب بين دفتيه خمسة عشر فصلاً ركز المؤلف في الفصل الأول على مفهوم الخدمات المساندة، وأنواعها، وفرق العمل في الخدمات المساندة وفي التربية الخاصة، وأدوار أعضاء فرق العمل، والعمل التعاوني في الخدمات المساندة.

أما الفصل الثاني فقد تم تقسيمه إلى قسمين تناول النصف الأول خدمات العلاج الطبيعي بما يشتمل عليه من مفهوم للعلاج الطبيعي، والأدوار التي يقوم بها أخصائي العلاج الطبيعي، ومجالات العلاج الطبيعي، ووسائله، أما النصف الثاني من هذا الفصل فيتناول خدمات العلاج الوظيفي، وأهمية ومفهوم العلاج الوظيفي ، والأدوار التي يقوم بها أخصائي العلاج الوظيفي، والفئات المستهدفة بالعلاج الوظيفي، والخدمات التي يقدمها العلاج الوظيفي .

بينما تناول الفصل الثالث مفهوم الخدمة الصحية المدرسية، وفريق التمريض المدرسي، وأهداف الخدمة الصحية المدرسية، وأهمية الصحة المدرسية، ومجالات الصحة المدرسية ، وخدمات الصحة المدرسية ، وأسس الخدمات الصحية المدرسية ، والاستراتيجيات الصحية المدرسية ، والإجراءات العملية للوقاية من الأمراض في المدارس، وتطور أنظمة الصحة المدرسية، والرؤية المستقبلية للصحة المدرسية ، وجماعة الصحة المدرسية، ودور المعلم في تحقيق أهداف الصحة المدرسية ، والبرامج الصحية المطبقة بمدارس المملكة العربية السعودية

في حين تناول الفصل الرابع مفهوم الإرشاد النفسي، وأسباب إدخال الخدمة النفسية بالمدارس، والأخصائي النفسي، ومجالات الإرشاد المدرسي ، وأهداف الإرشاد المدرسي، والآثار والاحتياجات النفسية، ومصادر الضغوط التي يتعرض لها ذوو الإعاقات، والاحتياجات الإرشادية لذوي الإعاقات، وخدمات الإرشاد النفسي، وأدوار الأخصائي النفسي بمدارس وبرامج التربية الخاصة ، ومبادئ عامة تحكم عمل الأخصائي النفسي المدرسي، ومعوقات عمل الأخصائي النفسي.

أما الفصل الخامس فقد تناول مفهوم الإرشاد المدرسي، وأدوار المرشدون الطلابيون في المدرسة، ومناهج واستراتيجيات الإرشاد المدرسي، ونشأة وتطور الإرشاد المدرسي بالمملكة العربية السعودية، والأهداف العامة للإرشاد المدرسي، وميادين وخدمات الإرشاد المدرسي، وأبرز البرامج والخدمات الإرشادية المدرسية، والملامح العامة للإرشاد المدرسي، والعملية الإرشادية المدرسية، ومستويات تقديم الخدمة الإرشادية بالمدرسة.

وجاء الفصل السادس تحت عنوان الخدمة الاجتماعية المدرسية وقد تناول مفهوم الخدمة الاجتماعية المدرسية، ودور الأخصائي الاجتماعي المدرسي، والعناصر الأساسية في خطة عمل الأخصائي الاجتماعي، والمجالات الأساسية لعمل الأخصائي الاجتماعي المدرسي، وأهداف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقات، ودور الأخصائي الاجتماعي المدرسي في تفعيل الدمج.

بينما تناول الفصل السابع مفهوم الإرشاد الأسري، و الضغوط على والدي الأطفال ذوي الإعاقات، واستجابة الوالدين للضغوط النفسية، ومشاعر الأخوة تجاه أخيهم المعوق، ودعم ومساندة المهنيين، ودور المهنيين في خفض الضغوط النفسية لدى أولياء امور الأطفال ذوي الإعاقة، وتوعية الآباء بأساليب التوافق مع إعاقة طفلهم ، ومبادئ أساسية في إرشاد أسرة الطفل المعاق ، ومراحل إرشاد أسرة الطفل المعاق، وطرق الإرشاد الأسري

أما الفصل الثامن فقد تم عرض ادوار أخصائي علاج اللغة والكلام ، وبعض الإعاقات المرتبطة باضطرابات اللغة والكلام، وإجراءات تقييم اضطرابات اللغة والكلام، وعلاج

اضطرابات النطق، واستخدام المعينات والوسائل المساعدة، واستخدام المعينات والوسائل المساعدة، ودور المعلم في تنمية التواصل اللفظي بالصف.

وقدم الفصل التاسع مفهوم التقنيات المساندة، وتاريخ التقنيات المساندة، وأنواع التقنيات المساندة، وأسس اختيار التقنيات المساندة، ومزايا وعيوب التقنيات المساعدة، والبرامج المصممة ذوي الإعاقات البدنية، والتقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقات البصرية، وذوي الإعاقة السمعية، وذوي اضطرابات اللغة والكلام

أما الفصل العاشر أهمية التغذية العلاجية، وأدوار أخصائي التغذية، وتغذية ذوي الإعاقات، والتغذية والمشكلات الصحية والأمراض المزمنة، ومشكلات التغذية لدى ذوي الإعاقات، والعوامل المؤثرة على تناول الطعام عند المعاقين.

في حين تناول الفصل الحادي عشر مفهوم التدخل المبكر، وأهمية التدخل المبكر، وأهداف التدخل المبكر وفريق التدخل المبكر ، وإستراتيجيات التدخل المبكر، ونماذج التدخل المبكر، وإجراءات التدخل المبكر، وخطوات تقديم الخدمات بمراكز التدخل المبكر، ومعوقات مشاركة الأسر في برامج التدخل المبكر.

بينما تناول الفصل الثاني عشر اولاً : التربية البدنية لذوي الإعاقات، وأهمية التربية البدنية لذوي الإعاقات، والأهداف العامة للتربية البدنية لذوي الإعاقات، والأهداف الخاصة للتربية البدنية لذوي الإعاقات، والعوامل المؤثرة في ممارسة الأنشطة الرياضية لذوي الإعاقات، وأسس اختيار الألعاب الرياضية لذوي الإعاقات، وثانيًا : التربية الفنية لذوي الإعاقات، وأهمية ممارسات الفن في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، ودور المعلم في تنمية المهارات التربية الفنية لدى ذوي الإعاقات، والمستلزمات المكانية لتنفيذ برامج التربية الفنية للفئات الخاصة

أما الفصل الثالث عشر فقد تناول أهمية خدمات النقل والتنقل لطلاب التربية الخاصة، والتجارب العالمية في تقديم خدمات النقل للمعوقين، و أنواع وسائل نقل المعوقين،

وتشريعات النقل العام الخاصة بالمعوقين، والمعوقات التي تواجه المعاقين عند استخدامهم وسائل النقل، ومشروع النقل المدرسي بالمملكة العربية السعودية.

وعرض الفصل الرابع عشر تحت عنوان خدمات التأهيل السمعي فريق الخدمات السمعية، والعوامل المؤثرة في الخدمات السمعية ، وإجراءات تقييم فقدان السمع، والتأهيل السمعي ، وأهداف التدريب السمعي، ومراحل التدريب السمعي، ومناهج التدريب السمعي، وخطوات التدريب السمعي، وأنواع التدريبات السمعية، ومعوقات تطبيق التدريب السمعي، والتعليم الشفهي لذوي الإعاقة السمعية، وزراعة القوقعة، ودور المعلم في التأهيل السمعي.

أما في الفصل الخامس عشر والأخير فقد طرح المؤلف مفهوم التوجه والحركة، وفريق التدريب على التوجه والحركة، وأهمية تدريب الكفيف على مهارات التوجه والحركة، والعوامل المؤثرة على استقلالية الطفل الكفيف أثناء تنقله، وأهداف تدريب الطفل الكفيف على التوجه والحركة، والعوامل المؤثرة في تعلم الكفيف لطرق وأساليب التوجه والحركة، وأساليب التوجه والحركة، واعتبارات يجب أن يراعيها أخصائي التوجه والحركة.

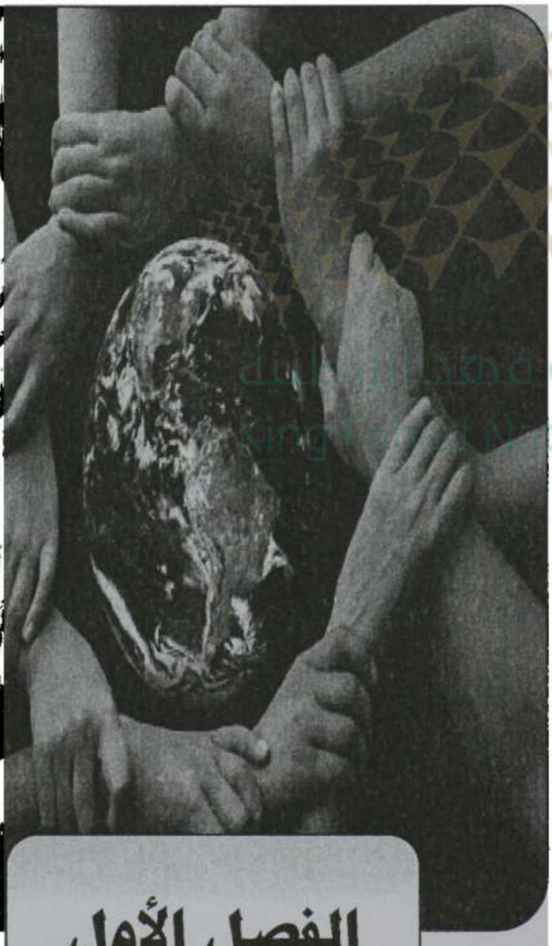
لقد أسهم كثيرون في ظهور هذا الكتاب إلى النور، فزوجتي تحلت بالصبر كعادتها وقدرتها على تحمل الصعاب طوال استغراقي في العمل أمام لوحة مفاتيح الكمبيوتر، كما قدمت لي مشورتها الحكيمة التي تدعمها سعة اطلاعها وانتمائها لنفس تخصصي، فلها مني الشكر.

وتوجه بالشكر أيضًا إلى الأساتذة والزملاء بقسم التربية الخاصة جامعة الملك سعود على ما يقدموه للمؤلف من دعم معنوي وعلمي، وإلى طلاب الدراسات العليا الذين كنت ادرس لهم هذا المقرر على المناقشات والحوارات الثرية ودعمهم لتألفي لهذا الكتاب، وإلى سعادة الأستاذ الدكتور عبد الرحمن سليمان رئيس قسم التربية بجامعة عين شمس على مراجعته العلمية لمادة الكتاب.

والله ولى التوفيق

المؤلف

الخدمات المساندة والعمل التعاوني



- مفهوم الخدمات المساندة
- مجالات الخدمات المساندة .
- فرق العمل في الخدمات المساندة.
- فرق العمل في التربية الخاصة.
- أدوار أعضاء فرق العمل .
- العمل التعاوني في الخدمات المساندة .
- المستفيدون من الخدمات المساندة
- دور الانترنت في تقديم الخدمات المساندة.
- مشكلات تقديم الخدمات المساندة.

الفصل الأول

الفصل الأول

الخدمات المساندة والعمل التعاوني

Related Services & Cooperative work

مُقَدِّمَة

قد يحتاج بعض الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة أكثر من خدمات التربية الخاصة. وحتى يستفيد من الخدمات التعليمية من الضروري تقديم خدمات إضافية مساندة يمكن أن تكون هناك حاجة لها، وأوضح مثال على ذلك هي خدمة النقل والمواصلات فإذا كان الطالب يتنقل بكرسي متحرك فإنه لن يتمكن من ركوب حافلة المدرسة، ولن يستفيد من التدريس الخاص الموجود بالمدرسة، ويصبح من الضروري القيام بترتيبات خاصة للنقل ليسهل على هذا الطالب وامثاله الاستفادة من خدمات التربية الخاصة.

وقد تنبهت الدول المتقدمة لأهمية الخدمات المساندة في دعم الأطفال المعاقين و أسرهم، وفى خطوة لتعزيز هذا الاتجاه قامت بإصدار التشريعات والقوانين التي تضمن توفير هذه الخدمات المساندة، فعلى سبيل المثال أصدرت الولايات المتحدة الأمريكية القانون رقم ١٤٢/٩٤ الصادر عام ١٩٧٥م وهو قانون التربية لجميع الأطفال المعوقين، Education of All The Handicapped Children Act والذي الزم مقدمي خدمات التربية الخاصة على توفير الخدمات المساندة لضمان تلبية احتياجات الأطفال المعاقين و أسرهم لأول مرة، ثم أعقب ذلك إعادة إصدار قانون أمريكي آخر برقم ١٠١/٤٧٦ والصادر عام ١٩٩٠م، و أضاف هذا القانون مزيد من الخدمات المساندة عندما يرى الفريق متعدد التخصصات للبرنامج التربوي الفردي ذلك (Wright, & Wright, 2004).



ولقد أكدت الكثير من الدول في تشريعاتها المعنية بالأفراد الذين لديهم إعاقات على ضرورة وجود خدمات تساند العملية التعليمية الموجهة للتلاميذ ذوي الإعاقات المختلفة، حيث تشكل تلك الخدمة محورًا أساسيًا بل ضروريًا في فاعلية العملية التعليمية ، إن توفر مثل تلك الخدمة ضمن الفعاليات المدرسية وبرامج المعوقين كل حسب حاجته تعتبر من الأولويات التي ينبغي أن تؤكد عليها الأنظمة والقوانين التربوية، وبذلك نجد أن الكثير من التشريعات والقوانين، التي القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية الصادرة عام ١٤٢٢هـ وغيرها قد نصت على مجال الخدمات المساندة (القريني، ٢٠٠٧).

مفهوم الخدمات المساندة

تعتبر الخدمات المساندة Support Services إحدى الآليات التي تعبر عن فلسفة ومفهوم الخدمات ذات العلاقة بالتربية الخاصة والمصطلح عليها باللغة الإنجليزية Related Services وهكذا فإن مصطلح الخدمات المساندة يشترك مع غيره من المصطلحات الأخرى كمصطلح الخدمات الإضافية Ancillary Services ومصطلح الخدمات المشتركة Allied Services بالإضافة إلى مصطلح الخدمات المساعدة Assistant Services في التعبير عن نفس المضمون والغاية التي تسعى لها فلسفة الخدمات ذات العلاقة بالتربية الخاصة (عبد الله الوابلي،١٩٩٦).

وقد ورد في قانون تربية الأفراد ذوى الإعاقات the individuals with disabilities education act (IDEA) لعام (١٩٩٧) تعريفًا للخدمات المساندة بأنها:"تلك المساندات المطلوبة من أجل مساعدة الطفل المعاق للاستفادة من التربية الخاصة". إذ تهدف الخدمات المساندة لتلبية الاحتياجات الفردية للطلاب المعوقين، وذلك لكي يتسنى لهم الاستفادة من برنامجهم التعليمي.

ولقد عرف الوابلي (١٩٩٦: ١٩٥) " تلك الخدمات الضرورية التي يمكن من خلال معطياتها أن تساعد الطفل ذي الإعاقة على الاستفادة من البرامج التعليمية الخاصة . حيث

تشتمل على الخدمة الصحية المدرسية ، والخدمة النفسية ، وخدمات الإرشاد المدرسي ، والخدمة الاجتماعية ، وخدمة علاج اللغة والكلام ، وخدمة العلاج الطبيعي ، بالإضافة إلى خدمة العلاج الوظيفي ".

وفي القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف — وزارة التربية والتعليم حاليًا - في المملكة العربية السعودية (١٤٢٢: ٨ـ) تمت الإشارة إلى الخدمات المساندة بأنها: "تلك البرامج التي تكون طبيعتها الأساسية غير تربوية، ولكنها ضرورية للنمو التربوي للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، مثل العلاج الطبيعي والوظيفي وتصحيح عيوب النطق والكلام ، وخدمات الإرشاد النفسي ".

أما هارون (٢٠٠٤: ١٤٥) فقد عرف الخدمات المساندة بأنها " تلك الخدمات الضرورية التي من خلالها يتم مساعدة الطفل المعوق على تخطي تلك العوائق الناجمة عن العجز والتي لا تمكنه من الاستفادة بأكبر قدر ممكن مما يقدم له من تربية خاصة تعكس احتياجاته الفريدة ".

كما حدد هيوار Heward (2006) الخدمات المساندة بأنها الخدمات التصحيحية والتطورية المطلوبة للطفل المعوق للاستفادة من التربية الخاصة وتشمل: خدمات الانتقال الخاصة ، علاج اللغة والكلام، والخدمة النفسية والسمعية، العلاج التأهيلي والبدني ، وخدمات الصحة المدرسية والخدمات الإرشادية والطبية لأهداف التقييم والتشخيص ، والإرشاد والتأهيل وخدمات العمل الاجتماعي والتدريب والإرشاد الأسري .

ويعرف سميث (smith, 2007: 51) الخدمات المساندة بأنها خدمات التربية الخاصة من مدى واسع للأنظمة والقوانين والاختصاصين.

فالخدمات المساندة تعني تلك العملية الشاملة المنسقة لتوظيف الأنشطة اللاصفية والخدمات الطبية والنفسية والتربوية والمهنية المساعدة المقدمة للطالب المعاق في تحقيق أقصى درجة ممكنة من الفاعلية الوظيفية بهدف تنميته في شتى جوانب النمو المختلفة لتمكينه من التوافق مع متطلبات بيئته الطبيعية للاعتماد على نفسه وجعله عضواً منتجًا في المجتمع.

مجالات الخدمات المساندة :

ورد في قانون تربية الأفراد ذوى الإعاقات (IDEA) لعام (١٩٩٧) العديد من أنواع الخدمات المساندة تشمل :

(١) الخدمات النفسية.
(٢) الخدمات الاجتماعية.
(٣) الخدمات الترفيهية.
(٤) خدمات الصحة المدرسية.
(٥) خدمة النقل والمواصلات.
(٦) خدمة علاج اللغة والكلام.
(٧) خدمة إرشاد وتدريب الوالدين.
(٨) الخدمات الطبية التشخيصية.
(٩) الاكتشاف المبكر وتقييم الإعاقة.
(١٠) خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي.
(١١) خدمات الإرشاد (متضمنًا الإرشاد المهني).
(١٢) الخدمات السمعية للطلاب ذوي الإعاقة السمعية.
(١٣) خدمات التوجه والحركة للطلاب المعاقين بصريًا.

ومن الجدير بالذكر أن القوانين الفيدرالية تحدد عدد واسع من الخدمات المساندة التي يجب توفيرها للأطفال والبالغين من ذوي الإعاقات، والذين هم بحاجة إلى مثل هذه الخدمات لتعظيم الفوائد من التعليم الخاص. ومع ذلك، فإن القانون ينص أيضًا على "أن هذه القائمة من الخدمات المساندة ليست محددة بتلك الخدمات فقط، وإنما من الممكن أن تتضمن خدمات تنموية وتصحيحية ، أو غيرها من أشكال الدعم الأخرى" وذلك عندما يكون هناك حاجة لمساعدة الأطفال ذوي الإعاقة في الاستفادة من التعليم الخاص. فمن خلال هذا البند في القانون تقوم العديد من المناطق التعليمية بتزويد الطلاب بالأجهزة التقنية المساعدة والخدمات الأخرى، كما قد تشمل خدمات تتجاوز تلك المحددة في القانون الفيدرالي. على سبيل المثال، بعض الولايات تضيف أيضًا التدريب على التوجه والحركة، والعلاج بالرقص،

والتربية الفنية، وممارسة الألعاب الرياضية، والبرامج الثقافية، والخدمات المساندة الأخرى التي ينبغي توفيرها حسب الضرورة لمساعدة الطالب وفقاً لنوع إعاقته وشدتها.

ومثل التربية الخاصة والعادية يجب أن توفر الخدمات المساندة للطالب ذوي الإعاقة دون اي تكلفة على الوالد أو ولي الأمر، لذلك ووفقاً للقانون الفيدرالي فإن الدولة هي المسئولة عن توفير الخدمات المساندة المناسبة لجميع الطلاب ذوي الإعاقات، ويشمل ذلك على اي من نوع من الخدمات المساندة اللازمة لضمان استفادتهم من تعليمهم في صفوف ومدارس التربية الخاصة أو صفوف الدمج.



الخدمات المساندة

فرق العمل في الخدمات المساندة:

إن فرق العمل التي تساعد الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة تنشأ بالمدرسة لبدء وتسهيل وتقييم والإشراف على مشاركة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في برامج التعليم العام وبرامج التربية الخاصة. وتلك الفرق موجودة في جميع المستويات التعليمية، بدءاً من برنامج ما قبل المدرسة – التمهيدي- حتى المدرسة الثانوية. وهذه الفرق فيما ذكرت لويس ودورلاج (2006) Lewis & Doorlag تخدم واحدة أو أكثر من الأهداف التالية:



(١) مساعدة المعلمين على تلبية الحاجات التعليمية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في صفوف التعليم العام.

(٢) تحديد مدى حاجة الطلاب لخدمات التربية الخاصة.

(٣) تخطيط ومراقبة وتقييم الخدمات الخاصة.

ووفقاً لقانون تحسين تربية المعاقين (٢٠٠٤) فإن هناك نوعين من تلك الفرق هما: فريق التقييم وفريق البرنامج التربوي الفردي. فعندما يقوم المعلم أو الوالد بتقديم نموذج الإحالة عن الطالب المرشح لخدمات التربية الخاصة فإن فريق التقييم هو المسئول عن تطوير خطة تقييم الطالب وتحديد ما إذا كان مؤهلاً لخدمات التربية الخاصة، وهذا الفريق يطلق عليه أحياناً لجنة خدمات التربية الخاصة (special service committee) أو لجنة التربية الخاصة (special education committee) أو لجنة المكان (الوضع) التعليمي (placement committee)، وعندما نتأكد من أن الطالب مؤهلاً لخدمات التربية الخاصة يكون فريق البرنامج التربوي الفردي هو المسؤول عن التخطيط ومراقبة البرنامج

التربوي الفردي للطالب، وقد يطلق على هذا الفريق لجنة البرنامج التربوي الفردي أو فريق التخطيط التعليمي (educational planning team)، وفي بعض المناطق يقوم فريق عمل واحد بواجبات ومهام كل من فريق التقييم وفريق البرنامج التربوي الفردي.

والنوع الثالث من الفرق الخاصة بالطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة يتم تشكيله من أجل مساعدة المعلمين في حل المشكلات في صف التعليم العام، وذلك قبل القيام بإجراءات التحويل لخدمات التربية الخاصة، وهو مسؤول عن تقديم المساعدة للمعلمين لحل ما يواجههم من مشكلات في صفوف التعليم العام قبل الإحالة إلى التربية الخاصة أو أي نوع آخر من الخدمات الخاصة، وقد يطلق على هذا الفريق مسمي فريق مساعدة المعلم (teacher assistance team) أو فريق دراسة الطالب (student study team) أو لجنة ما قبل الإحالة (Prereferral committee)، وعلى الرغم من أن هذا الفريق لا يعد مطلب من مطالب القوانين الفيدرالية إلا إنه يتواجد في بعض المناطق والولايات الأمريكية.

الفرق التي تقوم بخدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة تضم أفراد يسهمون بشكل مباشر في توصيل الخدمات التعليمية والخدمات المساندة ومنهم: معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة، بعض هؤلاء يوفر خدمات مباشرة للطالب. هذا بالإضافة إلى ضرورة مشاركة مهنيين آخرين ومن بينهم: الأخصائي النفسي وأخصائي اللغة والكلام وفريق التمريض بالمدرسة. كما أن إداري المدرسة يعتبرون مصادر لخدمة الفريق، والوالدان والطلاب ذوو أهمية إضافية، وعلى الرغم من أن الوالدين ليسوا مهنيين إلا أنهم قادرين على تقديم معلومات مهمة عن أبنائهم الطلاب، ولذلك فهم يلعبون دوراً مهمًا في اتخاذ القرارات التعليمية التي تخص أبنائهم. وينبغي تشجيع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على المشاركة، في حال ما إذا كان ذلك ممكنًا.

وتتعدد الأهداف الموكلة لفرق العمل التي تقوم بخدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة. وأهم هذه الواجبات تخطيط وتنفيذ البرامج التعليمية وتقييمها للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة المدرجين في صفوف التعليم العام، ويراعى فريق ما قبل الإحالة الخبرات الصعبة في المدرسة، وتحديد أولاً ما إذ كان يمكن تعديل برنامج التعليم العام لتلبية الحاجات الخاصة لهؤلاء لطلاب، وإذا كانت تلك التعديلات ملائمة فإنهم يعملون على التخطيط لها

ومراقبة تنفيذها وتقييم فاعليتها، وعندما لا يمكن تحقيق ذلك تتم إحالة الطلاب إلى فريق التقييم من أجل التقييم لاتخاذ القرار المناسب بشأن إحالتهم للتربية الخاصة أو اي نوع آخر من الخدمات الخاصة، وبمجرد تحديد الإعاقة التي يعاني منها الطالب يقوم فريق البرنامج التربوي الفردي بالعمل على تطوير برنامج تعليمي محدد، وهنا نجد العديد من أفراد هذا الفريق مسؤولين عن تطبيق البرنامج، فعلى سبيل المثال: يقوم معلم غرفة المصادر بمساعدة معلم التعليم العام في تعديل طرق التعلم داخل الصف لتناسب الطالب، أو يقوم معلم التربية الخاصة بتعليم الطالب مادة الحساب بغرفة المصادر خلال جزء من اليوم الدراسي، وفي الوقت الذي يكون فيه معلمي التعليم العام مسؤولين عن باقي المواد الأخرى يقوم فريق البرنامج التربوي الفردي على فترات زمنية منتظمة بتقييم تقدم الطالب وإجراء أية تغييرات ضرورية في البرنامج.

وتوفر فرق العمل آلية لنقل المعلومات والمسؤوليات المشتركة بين معلمي التعليم العام والخاص بطريقة فعّالة في تعليم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، فيقدمون فرصة للوالدين والمهنيين المهتمين بتعليم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة للتعاون مع بعضهم البعض ومشاركة بعضهم في المعلومات والخبرات.

وهناك تواصل وتعاون مستمر بين الأفراد في تلك الفرق الفاعلة، وهذا التواصل يعني تبادل المعلومات التي من شأنها أن تساعد في توفير تربية ملائمة للطلاب. وتساعد الاجتماعات الرسمية على بناء علاقات عمل بين أفراد الفرق، مما يؤدي إلى استمرارية ومتانة الاتصالات غير رسمية فيما بينهم. فعلى سبيل المثال من الممكن أن يقوم فريق العمل بمقارنة الملاحظات الخاصة بتقدم الطالب من خلال التحاور في حجرة المعلمين أو بالهاتف أو أثناء الزيارات المنزلية مع الأسرة، أو أن يقوم الفريق بالتعاون والعمل معًا، فكل فرد يسهم بوجهة نظر مختلفة، كما أن الوالدين والمعلمين وباقي المهنيين يتعاونون معًا لتقديم فرصة تعليمية أفضل فرص تعليمية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد أوردت لويس ودورلاج Lewis & Doorlag (2006) عدد من السمات الأساسية المحددة للفرق التي تقوم بخدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بعيداً عن فرق التعليم العام الأخرى:

السمة الأولى: أن تلك الفرق تتعامل مع كل طالب كفرد مستقل بذاته، وعند تقديمهم للتوصيات يرتكز اهتمامهم على طبيعة البرنامج التعليمي للطالب وتطبيقه بشكل مباشر. إن عمل هذه الفرق يختلف في طبيعته عن عمل فرق العمل التعليمية الأخرى التي تهتم بحاجات مجموعات أكبر من الطلاب، مثل الفرق التي تقدم توصيات عامة تتعلق بطلاب الصف الثالث أو طلاب الصف الأول الثانوي في مادة اللغة الإنجليزية، والفرق التي تقوم بخدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة تركز اهتمامها على طالب واحد.

السمة الثانية: أن الفرق التي تخدم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة تتألف من معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة وباقي المهنيين الآخرين الذين نحتاج إليهم بالإضافة إلى أولياء أمور الطلاب. فهو فريق متعدد النظم بالفعل، أما في الماضي فكان كل نظام من هذه الأنظمة يعمل بشكل منفصل لتقديم الخدمات التعليمية وكان التواصل فيما بينهم ضعيفاً، وقد أدى هذا الأسلوب في كثير من الأحيان إلى ضعف التنسيق بين البرامج التعليمية أو التداخل بين بعض أجزاء المنهج أو إهمال أجزاء أخرى، وكثيراً ما كنا نجد أن الاستراتيجيات التدريسية أو التدخلات الأخرى التي تستخدم من مكان لآخر غير متناسقة وغير منسجمة، أما الأسلوب الذي يتبعه فريق العمل متعدد النظم فإنه من الممكن أن يقلل أو يحد من تلك المشكلة من خلال تطوير خطة تعليمية تحدد بوضوح مسؤوليات كل عضو في الفريق وتنسيق أنشطة جميع الأفراد المشاركين في تنفيذها.

السمة الثالثة: أن عضوية الفريق التي تخدم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة تختلف باختلاف دور الفريق والحاجات الخاصة للطالب موضع الملاحظة، وعلى الرغم من أنه يمكن أن يكون هناك حاجة لمعلم تربية خاصة آخر أو مرشد آخر لمقابلة احتياجات أخرى للتلميذ، إلا أن نفس المهني هو المسئول عن ترجمة وتقييم النتائج. ومن الممكن أن يستخدم نفس التصميم الإداري مع جميع الفرق التي تخدم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة، ولكن مع تغيير الوالدين ومعلم التعليم العام المشاركين عند دراسة حالة طالب جديد، وهناك مهنيون آخرون يصبحون جزءاً مهمًا في فريق التلميذ ذوي الاحتياجات الخاصة مثل ممرضة المدرسة إذ تصبح عضواً في الفريق في حال كون الطالب من ذوي الإعاقات الجسدية وليس في حالة الطلاب ذوي صعوبات التعلم.

بالإضافة إلى ذلك، فإن أحد الفرق التي تخدم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وهو فريق البرنامج التربوي الفردي، والذي لا يتضمن المهنيين فقط، ولكن أيضًا والدي الطالب الذي لديه احتياجات خاصة، وكذلك الطالب إذا كان انضمامه للفريق ممكنًا، وهذا تغيير جذري للممارسات السابقة حيث أصبح للوالدين والطلاب الحق في المشاركة بنشاط وفاعلية كأفراد في فريق البرنامج التربوي الفردي، وتقديم المدخلات الخاصة بالحاجات التعليمية والأهداف والبرامج وأن يكون لديهم إمكانية الاطلاع على المعلومات الخاصة بالطالب، والمشاركة في صنع القرارات المهمة حول المكان والبرنامج التعليمي.

فرق العمل في التربية الخاصة:

يعرف فريند وكوك (Friend & Cook 1996) الفريق فيما أورد أبو نيان (٢..٦) بأنه "مجموعة صغيرة نسبياً مكونة من أفراد تربطهم ببعضهم البعض علاقة اعتمادية متبادلة ويعملون ويتفاعلون مباشرة مع بعضهم البعض بطريقة منسقة نحو تحقيق هدف مشترك". وبناء على هذا التعريف هناك خصائص مميزة للفريق أو جزها المؤلفان في النقاط التالية :

(١) الوعي بالانتماء للفريق: فلا يمكن للفرد أن يكون جزءاً من الفريق إلا إذا رأي نفسه كذلك ورآه الأعضاء الآخرون بنفس المفهوم ، وهذا يوجب التنسيق فيما بين أعضاء الفريق في العمل فلا يعمل كل على حدة ويظن أنه جزء من الفريق .

(٢) تنظيم التفاعل بواسطة عرف متفق عليه: فيجب إتباع العرف والقيم المتعارف عليها بين أعضاء الفريق سواء تم التصريح بها أو كانت مفهومة ضمناً ، ومن أمثلة ذلك الحضور في الوقت المحدد للاجتماع وإيضاح الخلاف بين أعضاء الفريق والعمل على إيجاد حل له، والاتفاق على تجنب المصطلحات المتخصصة أثناء الحديث مع الوالدين.

(٣) العلاقة الاعتمادية بين أعضاء الفريق: إن أدوار أعضاء الفريق مترابطة وظيفياً وعليه فالعلاقة بين الأعضاء اعتمادية، فمن المحتمل أن أي حدث يؤثر على أحد الأعضاء يؤثر على بقية أعضاء الفريق .

ومن أمثلة فرق العمل في التربية الخاصة ظهرت مصطلحات عديدة تدل علي فرق العمل كفريق حل المشكلات وفريق ما قبل التشخيص وفريق ما قبل الإحالة وفريق مساندة المعلم وفريق مساعدة المعلم وغيرها من المصطلحات التي تدل علي عمل فريق داخل المدرسة ، ورغم من المسميات إلا أن هناك تشابه في المحتوي وربما تكون مجرد أسماء مختلفة لنفس العمل.



فرق العمل في التربية الخاصة

مسؤوليات فريق ما قبل الإحالة Prereferral committee :

إن الوظيفة الأساسية لفريق ما قبل الإحالة هو اكتشاف الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، وبعد اكتشافهم ينبغي إجراء تعديلات في برنامج التعليم العام للاستجابة لحاجات هؤلاء الطلاب، وإذا لم يتحسن أداؤهم بعد إجراء تلك التعديلات الصفية يتم تحويلهم إلى

خدمات التربية الخاصة، فيقوم فريق التقييم بالتخطيط وإجراء التقييمات اللازمة لتحديد ما إذا كان الطالب في حاجة إلى خدمات التربية الخاصة، وعلى الرغم من أن هذه العملية قد تبدو بسيطة وغير معقدة، إلا أنها تتطلب مراعاة العديد من العوامل المهمة. وهكذا يمكن تحديد أدوار هذا الفريق فيما يلي:

(١) اكتشاف المشكلات المحتملة.

(٢) دراسة التدخلات السابقة.

(٣) تصميم إجراءات جمع المعلومات.

(٤) تصميم تدخلات الإحالة.

(٥) تحديد الخدمات المساندة اللازمة لتطبيق وتنفيذ خطة التدخل.

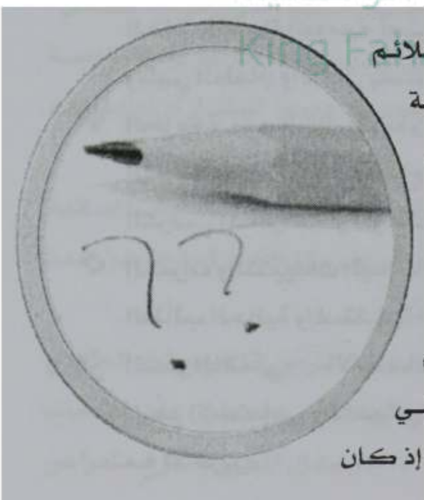
(٦) التنسيق في تنفيذ تدخلات الإحالة.

(٧) تقييم تدخلات ما قبل الإحالة.

(٨) تعديل التدخلات في حال الحاجة لذلك.

(٩) بدء الإحالة إلى التربية الخاصة إذا كانت تدخلات التعليم العام غير ناجحة.

مسؤوليات فريق التقييم :



يشتمل فريق التقييم على المهنيين المدربين بشكل ملائم وذوي الخبرة في تقييم الطلاب الحالين لخدمات التربية الخاصة، وعلى الرغم من أن المهنيين المشاركين في كل تقييم قد يختلفون باختلاف حاجات الطلاب فإن مسؤولية هذا الفريق هي مراعاة معلومات الإحالة وبياناتها وتطوير خطة التقييم والحصول على تصريح من الوالدين بإجراء التقييم، ثم بعد ذلك يتم تقييم الطالب لتحديد حالته، ومدى حاجاته لبرنامج تعليمي خاص، وعند استكمال التقييم يقرر المهنيين والوالدين ما إذ كان

الطالب في حاجة لخدمات التربية الخاصة أم لا، ويحصل بعدها الوالدين على نسخة من التقييم ووثيقة تفيد حاجة الطفل للحصول على خدمات التربية الخاصة. يقوم هذا الفريق بما يلي:

(١) استعراض الإحالة للتربية الخاصة.

(٢) استعراض بيانات تدخلات ما قبل الإحالة.

(٣) تحديد أعضاء فريق العمل المطلوب لتطوير خطة التقييم.

(٤) تصميم خطة التقييم.

(٥) تقديم خطة التقييم للوالدين واستعراض الخطة.

(٦) الحصول على تصريح من الوالدين لإجراء التقييم.

(٧) إجراء التقييم.

(٨) تلخيص نتائج التقييم.

(٩) إجراء لقاء مع الآباء لتحديد أهلية طفلهما للتربية الخاصة.

يقوم فريق التقييم بجمع معلومات التقييم المتعلقة بالمستوى الحالي للأداء في المهارات المهمة، ويقترح سيرفيس Sirvis (١٩٨٨) ان يركز التقييم على المجالات التالية:

- **أنشطة الحياة اليومية:** وهو مجال يتضمن تقييم المهارات الحالية، ومهارات مساعدة الذات والحياة اليومية (مثل تناول الطعام، والذهاب للحمام، والصحة الشخصية، وطهي الطعام، والتنقل باستخدام وسائل المواصلات العامة).
- **الحركة:** وهو مجال يتضمن تقييم القدرة الحالية للانتقال من مكان لآخر وأن يصبح الفرد مستقلاً . وقد يحتاج الطالب إلى الأجهزة الخاصة أو الوسائل المساعدة مثل: الكراسي المتحركة أو الوسائل المساندة لتسهيل حركته.
- **القدرات والتقييدات البدنية:** وذلك للتعرف على تأثير العوامل البدنية على خطط الطالب الحالية والمستقبلية للدراسة، والعمل، والاستجمام، والأداء المستقل.
- **النمو النفسي - الاجتماعي:** وهو مجال يتضمن دراسة العوامل التي تتداخل مع النمو الاجتماعي والانفعالي والتي تتداخل كذلك مع قدرات الطالب وفرص التفاعل مع الآخرين.

- **التواصل:** وهو مجال يتضمن تقييم قدرة الطالب على الفهم والتعبير اللغوي، وقد يؤدى ذلك إلى استخدام وسائل التواصل المنوعة مثل: الكمبيوتر، ولوحات التواصل، ووسائل التواصل البديلة أو أيه وسائل أخرى.
- **القدرة الأكاديمية:** ففي حين قد يكون التقييم الأكاديمي مماثلاً للتقييم المستخدم مع الطلاب الآخرين، إلا أنه من الضروري عدم عقاب الطلاب بسبب تقييداتهم البدنية وقد يتطلب ذلك إجراء تكييفات مثل: التعديلات في الانتصاب البدني، واستبعاد المهام المرتبطة بزمن محدد، أو نماذج الاستجابات البديلة مثل الاستجابات الشفهية بدلاً من المكتوبة، أو اللفظية بدلاً من المرئية.
- **تعديلات التعلم:** وهو مجال يتضمن زيادة القدرة على الاستقلال من خلال إيضاح التعديلات الأكاديمية والمادية للطالب والضرورية في الصف .
- **مهارات الانتقال:** تحديد العوامل الضرورية للانتقال الناجح من المدرسة إلى الحياة والعمل في المجتمع. ولا يعتبر هذا محدوداً على تقييم المهارات الوظيفية بل ينبغي أن يشتمل كذلك على العوامل الأخرى التي تؤثر على أداء ما بعد المدرسة.

مسؤوليات فريق البرنامج التربوي الفردي :

ينظر هذا الفريق بعناية لنتائج التقييم الأمر الذي يبرز نقاط القوة والضعف لدي الطالب. ويقرر الفريق الأهداف السنوية التي يمكن قياسها وأشياء أخرى مهمة للطفل. ويشتمل جزء من تطوير الخطة التربوية الفردية على تحديد خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة والمعينات التكميلية والخدمات التي يجب تقديمها للطفل أو نيابة عنه ومسألة تعديل البرنامج أو مساندة الموظفين في المدرسة.

وهكذا ووفقا لنتائج التقييم يقوم الفريق بمناقشة وتقرير وتحديد الخدمات المساندة التي يحتاجها الطفل لكي يستفيد من التربية الخاصة. وسوف يتم اتخاذ قرارات عن عدد مرات تقديم خدمات المساندة وأين ومن يقوم بتقديمها أيضًا.

ويقوم هذا الفريق بتطوير واستعراض ومراجعة الخطة التربوية الفردية أو البرامج التربوية الفردية، وهي برامج مكتوبة لجميع الطلاب المعاقين الذين يحصلون على خدمات التربية الخاصة، وقبل ظهور قانون تحسين تعليم المعاقين ٢٠٠٤م كان المطلوب هو استعراض

ومراجعة الخطة سنويًا، ولكن الآن يتم استعراضها في مدة لا تزيد على ثلاث سنوات، ويتكون فريق الخطة التربوية الفردية من:

(١) والدي الطلاب المعاقين.

(٢) احد معلمي التعليم العام على الأقل.

(٣) احد معلمي التربية الخاصة على الأقل الذين يقدمون تعليم خاص للطلاب.

(٤) ممثل للمنطقة التعليمية المحلية على أن يكون مؤهلاً للإشراف على تقديم خدمات التربية الخاصة، وعلى علم بالمنهج العام، ويستطيع توفير مصادر المنطقة التعليمية.

(٥) أحد الأشخاص الذي يمكنه ترجمة نتائج التقييم.

(٦) خبراء آخرين يختارهم الوالدين والمسئولين في المنطقة التعليمية المحلية نيابة عن الطالب.

(٧) الطالب نفسه.

ويقوم هذا الفريق بما يلي:

(١) تحديد أفراد هذا الفريق لكل طالب.

(٢) استعراض نتائج التقييم.

(٣) تحديد المستويات الحالية للأداء التربوي.

(٤) تحديد واختيار الأهداف الثانوية المناسبة.

(٥) تصميم المكان الملائم في بيئة أقل تقييداً.

(٦) عمل خطة لتنفيذ الخطة التربوية الفردية.

(٧) تطوير خطة لتطبيق البرنامج التربوي الفردي.

(٨) تطوير خطة التقويم.

(٩) تحديد طريقة تقديم التقرير حول تقدم التلميذ للوالدين.

(١٠) عمل ومتابعة خطة إعادة التقييم.

أدوار أعضاء فرق العمل :

إن فريق العمل الذي يقوم بخدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة يتكون من مجموعة مختلفة من الأشخاص مثل: معلم التربية الخاصة، ومعلم التعليم العام، كما يشارك جميع المعلمين، ومدير المدرسة، والوكلاء وكذلك المتخصصين مثل: الأخصائيين النفسيين وأخصائي العلاج الطبيعي والمرشدين، كما يشارك الوالدين والطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في فريق العمل، وكل فرد من هؤلاء له دور مهم في فريق العمل. وفيما يلي أهم أدوار فرق العمل في التربية الخاصة:

مديرو المدارس:

يعد مدير المدرسة او نائبه أشخاص أساسيين في فريق العمل الذي يقوم بخدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، ونظراً لطبيعة عملهم فإنهم مسؤولين عن برامج التعليم العام، وغالبًا ما يسند إليهم أيضًا مسئولية برامج التربية الخاصة الموجودة في مدارسهم. وفي المدارس الابتدائية أو الثانوية الكبيرة فإن نائب المدير يوكل إليه مسئوليات إشرافية على برامج التربية الخاصة تمكنه من أن يمثل أو يحل محل المدير في الفريق.

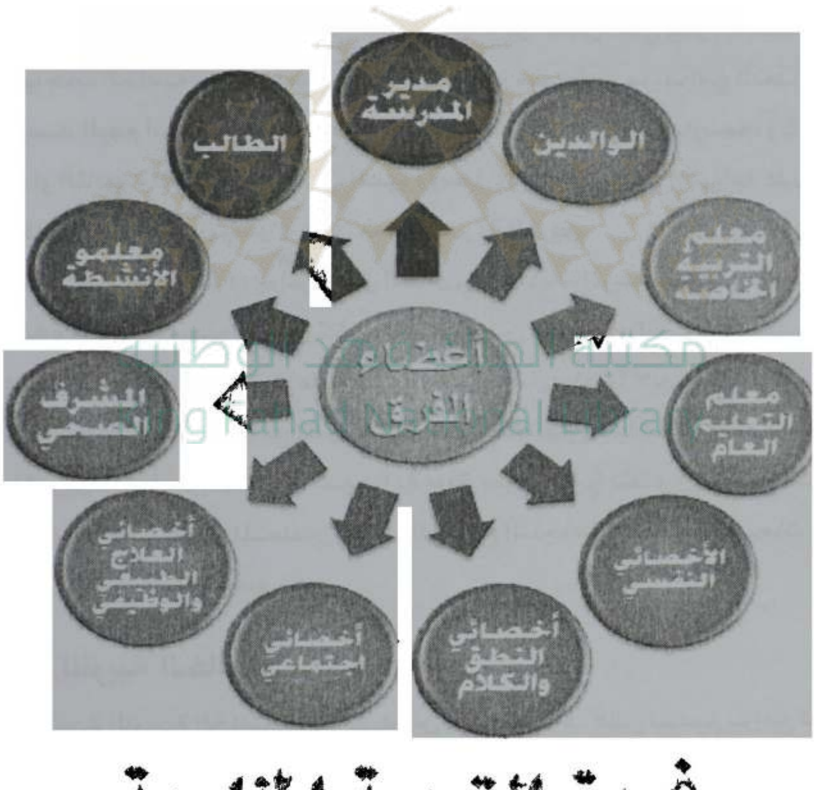
ومدير المدرسة هو الذي يرأس فريق العمل في اللقاءات الرسمية، وعلى الرغم من أن المديرين عادة لا يكونوا مسئولين عن تطبيق أي جزء من البرنامج التربوي الفردي إلا أنهم يؤثرون على طبيعة العمل وعلى فاعلية جهود فريق العمل، ونظرا لأنهم القادة التعليميين للمدارس فإنهم على وعي ببرامج المدرسة وبفضل أنشطتهم واتجاهاتهم ومساندتهم التي يقدمونها لفريق العمل من الممكن أن يسهموا في خلق مناخ حيوي لتطوير البرامج التعليمية التي تخدم عدداً كبيراً من المتعلمين، وبناء البرامج الناجحة التي توفر خدمات ملائمة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

مشرفو التربية الخاصة:

إن مشرفي التربية الخاصة هم المسؤولين عن الإشراف على تقديم برامج تعليمية ملائمة لجميع الطلاب المعاقين في المنطقة التعليمية، وتشمل الأنشطة الأساسية لهم توجيه برامج التربية الخاصة، وكذلك تقديم الخدمات المساندة في صفوف التربية الخاصة، وبرامج

غـرف المـصادر، والتـشاور مـع معلمـي التعلـيم العـام في المـدارس العاديـة. وكـثيرًا مـا تكـون مسؤوليتهم هي تطوير برامج التدريب أثناء الخدمة لمساعدة معلمي التعليم العام على العمل بفاعلية مع الطلاب المعاقين.

وفي فريـق التقيـيم وفريـق البرنـامج التربـوي الفـردي يقـوم مـشرفو التربيـة الخاصـة بمساعدتهم في استعراض معلومات التقييم، والتعاون مع فريق التقييم على دراسة الخيارات الملائمة للطالب في التربية الخاصة، وفي بعض المناطق التعليمية يشارك هؤلاء المهنيين في الفريق عندما يحتاج الطلاب إلى الانتقال في ظل خيارات الخدمة المكثفة مثل الصفوف الخاصة المنفصلة.



فريق التربية الخاصة

معلمو التعليم العام :



إذا جاز أن نشبه أعضاء الفريق المدرسي بسلسلة متصلة الحلقات فالمعلم هو الحلقة التي تصل بين الطلاب وباقي فريق الخدمات المساندة، فهو أقرب شخص للطلاب في المدرسة وهو النموذج الذي يقتدون به، وخاصة إذا اتسمت علاقتهم به بالمودة والدفء، فإن ما يشعر به الطلاب من سمات تميز شخصية معلمهم تتبلور من خلال التفاعل اليومي بينهم. ولذلك فإن الدور الذي يلعبه المدرس في فريق الخدمات المساندة بمثابة الوقود الذي يحرك تلك الخدمات ويدفعها للأمام والذي بدونه يصعب القيام بها.

إن مشاركة معلمي التعليم العام لها أهمية كبيرة ؛ لأنهم أول من يعايش الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف الدراسية، وهم يشاركون الوالدين وباقي المهنيين الأفكار ويناقشونها معهم، كما أنهم يقومون بتقديم المساعدة في عمل الاستراتيجيات للبرامج الناجحة من أجل خدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة المدمجين في برامج التعليم العام.

وإذا لم يشارك هؤلاء المعلمون في الفريق فإن جهود دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في صفوف التعليم العام ستكون غير مكتملة، وعلى مستوى المدرسة المتوسطة والمدرسة الثانوية يقوم عدد كبير من معلمي التعليم العام بخدمة الطلاب، كما أن المرشد المدرسي يمكنه أن يمثل المعلم في الفريق الذي يقوم بخدمة طلاب التربية الخاصة، ويقوم المرشد بجمع المعلومات عن أداء الطالب، ويقدم تقريراً لفريق العمل، وهنا يكون المرشد مسئولاً عن نقل قرارات وتوصيات فريق العمل لكل معلم، وبالطبع يمكن - ويستحسن أحيانًا - أن يشارك معلمو المدرسة كأفراد في الفريق الذي يقوم بخدمة هؤلاء الطلاب.

ومن الأدوار التي يقوم معلم التعليم العام في إطار دوره في فريق العمل ما يلي:

(١) من الممكن أن يزود معلم التعليم العام الذي يعمل مع الطلاب المرشحين لخدمات التربية الخاصة الفريق بالكثير من المعلومات، لأنه على وعى بنقاط القوة لدى الطلاب، ولديه

خلفية عن استجابات الطلاب السابقة لمختلف البرامج والإجراءات التعليمية والمجالات المحددة التي يحتاج فيها الطلاب إلى مساعدة خاصة. ووجود هؤلاء المعلمين في الفريق يضمن الحصول معلومات صفية مهمة، كما أن خبراتهم مع الطلاب من الممكن أن تفيد في تفسير نتائج التقييم أو القياس أو التوصيات التي يقدمها فريق العمل.

(٢) الاحتفاظ بسجل لكل طالب يتضمن بيانات عن الاختبارات التي أجريت له ودرجاته في كل اختبار وملاحظته على سلوكه.. وغير ذلك من المعلومات التي تساعد على استيفاء السجل المجمع.

(٣) المساعدة في الكشف عن الطلاب ذوي المشكلات التربوية والنفسية والسلوكية وإحالتهم إلى فريق العمل. المساعدة في تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية والتربوية والاستفادة من نتائجها في التعامل مع الطلاب.

(٤) تحفيز الطلاب على الاتصال فريق العمل وتعريفهم بالدور الذي يقوم به كل منهم للاستفادة من خدماتهم التي يمكن أن يقدمونها لهم.

(٥) المساعدة في إعداد دراسة الحالة والاشتراك في مؤتمر الحالة وملاحظة سلوك الطلاب وتقديم التقارير لفريق العمل عن الحالات التي تتطلب ذلك.

(٦) المشاركة في ممارسة خدمات التوجيه الجمعي، وفي تنمية مهارات الاستذكار، وأنشطة التقويم الذاتي.. وغيرها.

(٧) مساعدة الطلاب على وضع الأهداف لأنفسهم بما يتفق وقدراتهم واستعداداتهم وميولهم مما يهيئ لهم التوافق السليم.

(٨) تنفيذ دوره في إطار برامج رعاية الطلاب المتأخرين دراسيا وذوي صعوبات التعلم.

(٩) تقديم الدعم والتعزيز للطلاب المتفوقين والموهوبين في إطار البرامج التي تهتم برعايتهم وتنميتهم.

(١٠) مساعدة فريق الخدمة النفسية على تنفيذ المقترحات والبرامج التي تم إعدادها للطلاب في إطار الإرشاد النمائي والوقائي.

(١١) الاستفادة من نتائج البحوث والدراسات التي يقوم بإعدادها فريق العمل عن المشكلات السائدة في المدرسة وكيفية مواجهتها.

(١٢) المساهمة في تقويم برامج الخدمة النفسية والتربوية وتحديد جوانب القوة والضعف لرفع كفاءة خدمات التوجيه والإرشاد بالمدرسة.

(١٣) هو المسئول عن تطبيق جانب من البرنامج التربوي الفردي وينبغي أن يشارك في مناقشات هذا الفريق عن نتائج التقييم وأي معلومات أخرى ذات صلة تم تجميعها من المهنيين أو الوالدين. ومن الممكن أن يقوم المعلمون بوصف برامج صفوفهم وتصوراتهم حول قدرة الطلاب على المشاركة في الأنشطة في صفوف التعليم العام، كما يمكنهم أن يسهموا ويستفيدوا من تلك المناقشات عن طريق تعديل برامج التعليم العام، وبمجرد أن يتم تعديل برامج الصف أو عند بدء البرنامج التربوي الفردي من الممكن ان يقدم معلم الصف معلومات لفريق العمل عن تقدم الطالب في فصل التعليم العام. وهذه المدخلات تساعد الفريق في تقييم البرنامج الحالي لإجراء أيه تعديلات لازمة حتى يتمكن الطلاب من تحقيق الأهداف التي حددها فريق ما قبل الإحالة او فريق الخطة التربوية الفردية.

معلمو التربية الخاصة:

يقدم معلمو التربية الخاصة خدمات تعليمية للطلاب المعاقين، ومن الضروري أن يشاركوا أيضًا في تزويد هؤلاء الطلاب بخدمات التربية الخاصة. ومن الممكن أن يكون معلم التربية الخاصة مستشارا لمعلمي التعليم العام حيث يساعد معلمي التعليم العام الذين يقومون بتعليم الطلاب ذوي الإعاقات في فصولهم، كما أن معلم التربية الخاصة قد يكون هو معلم غرفة المصادر الذي يقدم الخدمات المباشرة للطلاب ذوي الإعاقات ويقدم المشورة لمعلميهم، كما أنه يشارك كفرد في فريق العمل فيقوم بخدمة الطلاب الذين يحتاجون إلى تربية خاصة مكثفة والمدمجين في برامج التعليم العام.

وهناك معلم التربية الخاصة المتنقل الذي يعمل مع الطلاب ذوي الإعاقات ويشارك في برامج التعليم العام وهو فرد أساسي في الفريق، والمعلم المتنقل هو الذي ينتقل من مدرسة لأخرى ، وقد يكون متخصصًا في تعليم الطلاب ذوي مشكلات اللغة والكلام أو ذوي الإعاقة

البصرية أو الإعاقة السمعية أو البدنية أو الصحية أو ذوي الإعاقات الأخرى، وأحد أهم هؤلاء المتخصصين المتنقلين هو اختصاصي التخاطب الذي يقوم بخدمة الطلاب ذوي اضطرابات التواصل، وهؤلاء المتخصصون وغيرهم يشاركون في فريق العمل عندما يحتاج الطالب إلى الحصول على خدماتهم الخاصة .

ومعلمو التربية الخاصة ينجزون مختلف الأدوار في الفريق فغالبًا ما يكونوا مسؤولين عن تنظيم الفريق الذي يخدم الطلاب ذوي الإعاقات وإجراء اللقاءات ومتابعة الخدمات التي تقدم للطلاب ذوي الإعاقات ، كما أنهم يقومون بملاحظة الطالب في فصول التعليم العام وإجراء المزيد من التقييم التعليمي ، كما يقوم معلمو التربية الخاصة بدراسة الأشكال المختلفة لخدمات التربية الخاصة ووصف الخدمات المساندة لمعلمي التعليم العام بالتفصيل، كما أن هؤلاء المهنيين يساعدون في تفسير نتائج القياس ومساعدة فريق العمل في صياغة الخطة التعليمية، وعند تنفيذ الخطة التربوية الفردية فإنهم يقدمون الخدمات المباشرة للطلاب وخدمات المشورة لمعلمي التعليم العام .

ومعلم التربية الخاصة من الممكن أن يقدم التعليمات للطالب ذو الاحتياجات الخاصة في فريق الخطة التربوية الفردية عند تنظيم البرنامج التعليمي لهذا الطالب ، وهذه المشاركة تزود معلم التربية الخاصة بفرصة مقابلة الطالب ووالديه ومعلميه وبالتالي يصبح معلم التربية الخاصة على وعي بالأداء الكلي للطالب واحتياجاته التعليمية ووجهة نظر معلمي التعليم العام والوالدين وباقي المهنيين فيما يتعلق بتعليم الطلاب .

ومن المعلوم أن معلم التربية الخاصة يقوم بنفس الدور الذي يقوم به معلم التعليم العام، غير أنه يضاف إليه القيام بالعديد من المهام التي تختلف باختلاف نوع الإعاقة التي يعاني منها ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن بين هذه المهام ما يلي:

(١) تقديم المساعدة للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة للتغلب على المشكلات المترتبة على الإعاقة.

(٢) إكساب التلاميذ مهارات تواصلية واجتماعية. تمكنهم من تحقيق النجاح على الصعيد المدرسي والاجتماعي.

(٣) إكساب التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة معلومات ومعارف حول المعينات السمعية والبصرية والتقنيات الحديثة ومساعدتهم على الاستفادة من تلك المعينات للتقليل من تأثيرات الإعاقة.

(٤) التنسيق مع أعضاء فريق الخطط التربوية الفردية في إعداد وتنفيذ تلك الخطط بطريقة منظمة ودقيقة.

(٥) تقديم المعلومات الكاملة لمعلمي الفصول العادية فيما يتعلق بكيفية تدريس المواد الدراسية والاستراتيجيات التعليمية وتأدية الاختبارات ووضع الدرجات وكتابة التقارير وفهم الأسس السليمة لكيفية التعامل مع التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة داخل وخارج الفصل، وتزويدهم بالكتيبات والمنشورات والوسائل التعليمية التي تساعدهم في التعرف على مفاهيم التربية الخاصة.

(٦) إكساب التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة المهارات الموضحة في الخطة التربوية الفردية والتي لا يستطيع معلم الفصل العادي القيام بها.

(٧) المشاركة في القياس والتشخيص وذلك عن طريق تنفيذه في فترة الملاحظة بغرض التوصل إلى تحديد الاحتياجات الأساسية لكل تلميذ.

(٨) ينبغي على معلم التربية الخاصة الاشتراك في إجراء البحوث والدراسات، والدورات، والندوات، والمؤتمرات في مجال تخصصه.

(٩) تدعيم وتقوية التعاون بين أسر التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة والمؤوولين في المدرسة.

(١٠) توفير بيئة أكاديمية واجتماعية ونفسية يستطيع فيها التلاميذ العاديون وغير العاديين، على حد سواء، لاستغلال كافة القدرات وتحقيق أسمي الطموحات.

(١١) تقديم المساعدة لأولياء الأمور للتعرف على الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة وتزويدهم بالمواد التربوية، والوسائل التعليمية التي تعمل على تيسير مهمة متابعة واجبات أبنائهم المدرسية، والإسهام في زيادة معرفتهم بخصائص واحتياجات وحقوق وواجبات أبنائهم، وإكسابهم المعارف حول الخدمات المتوفرة بالمجتمع.

(١٢) الاهتمام بمشاركة التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في الأنشطة الصفية واللاصفية.

أولياء الأمور الطلاب:

مما لاشك فيه أن البرامج تكون أكثر فعالية للطلاب عندما يشارك آبائهم فيها بشكل حيوي، إذ يمكن أن يزود الوالدين الفريق بمعلومات عن أداء أبنائهم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة خارج المدرسة، كما يمكنهم المساعدة في تحديد الأهداف التعليمية الملائمة، هذا بالإضافة إلى إسهامهم في جهود فريق العمل من خلال تحديد سمات البرامج التعليمية التي يمكنهم دعمها أو استكمالها في المنزل.

يلعب أولياء الأمور دورا مهمًا في فريق العمل المدرسي بالمدرسة، حيث يتعاظم دورهم في تزويد باقي أعضاء فريق المدرسي بالمعلومات والبيانات عن أبنائهم والتي تساعدهم في تشخيص حالتهم، ورسم الاستراتيجيات الإرشادية المناسبة لمساعدتهم، كما أنهم أيضًا يلعبون دورا حيويا في تقديم الخدمة الإرشادية لأبنائهم من خلال المشورة التي تقدم لهم من باقي أعضاء الفريق عن أنسب الأساليب التي يمكن أن يتعاملوا بها مع أبنائهم من خلال البرامج الإرشادية، هذا إلى جانب دورهم في دعم البرامج الإنمائية والوقائية التي تقدم لأبنائهم، ولذلك فإن الدور الملقي على عاتق أولياء الأمور لا يمكن إغفاله مما يستوجب معه إيجاد قنوات اتصال دائمة معهم. وذلك للقيام بأدوارهم في تقديم الخدمة النفسية.

إن الوعي الوالدي بالبرنامج المصمم لطفلهم، والتنسيق بين البيت والمدرسة من الممكن أن يؤدى إلى نتائج إيجابية مهمة للعديد من الطلاب، كما أن اهتمام الفريق بحاجات أطفالهم قد تجعلهم يحصلون على المساندة الوالدية لتلبية الحاجات التعليمية المطلوب اكسبها للطالب.

ويتعاون الوالدين مع فرق العمل في الإدلاء بمعلومات صادقة وموضوعية عن الطالب بما يفيد في رسم صورة متكاملة الجوانب عن حالته للكشف عن الجوانب الغامضة لتحديد المشكلة وتخطيط البرامج الإرشادية . وتلبية دعوة فرق العمل لحضور الندوات واللقاءات للتعرف على الخدمات التي يمكن تقديمها لأبنائهم ولهم عبر البرامج الإرشادية الإنمائية ، والوقائية، والعلاجية. كما يكون الوالدين على استعداد لتقديم المساعدة إذا طلب منهم ملاحظة سلوك ابنهم خلال فترات معينة في المنزل أو أثناء لعبه مع إخوته وأخواته وأقرانه، أو أثناء تفاعله مع الأقارب حتى يمكن التعرف على الأسباب التي تقف وراء اضطرابه.

ويسهم الوالدين بدور فعال وإيجابي في حالة ما إذا كان ابنهم يعاني من صعوبات تعلم في إطار البرنامج العلاجي المحدد لمساعدته. وتقديم الدعم والتشجيع لأبنائهم الموهوبين والمتفوقين في إطار رعايتهم وتنميتهم وذلك من خلال توفير الإمكانات اللازمة التي تصقل مواهبهم الخاصة.

يتعاظم دور أولياء الأمور في فريق الخدمة النفسية في حالة كون أحد أبنائهم ذا إعاقة (سمعية، أو بصرية، أو عقلية، أو جسمية)، حتى يتسنى لهم الإلمام بطبيعة الإعاقة وأسبابها وطرق التعامل مع الطفل وكيفية تقديم المساعدة له للتغلب على مشكلاته ولإشباع حاجاته بما يسهم في إحداث التوافق الشخصي والاجتماعي له.

وقد يعترض أولياء الأمور في البداية على مشاركتهم في أنشطة الفرق التي تقوم بخدمة أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة، وخاصة إذا كانت اتصالاتهم السابقة مع المدرسة سلبية، وقد يؤثر هذا على اختيار الآباء ليكونوا ضمن فريق يتألف أساساً من المهنيين، ولذلك قد يحتاج فريق العمل إلى أن يقدموا لأولياء الأمور ضمانات خاصة تتعلق بأهمية مشاركتهم ضمن الفريق.

وينبغي على الفريق بذل كل الجهود لإشراك والدي الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل كامل في البرامج المقدمة لأبنائهم، وإذا حدث صراع بين الوالدين والمهنيين ينبغي أن يتم حله على مستوى الفريق، ومن ناحية أخرى إذا لم يوافق الوالدين على التوصيات التي قدمها الفريق فيمكنهم تقديم طلب التماس لمناقشة قرارات الفريق، ومن حق إدارة التعليم أن تقدم هي الأخرى التماساً إذا رأوا أن الأسرة ليست فاعلة فيما يتعلق باختيار أفضل الاهتمامات للطالب.

الأخصائيون النفسيون بالمدرسة:

يساعد الأخصائيون النفسيون فريق التقييم في تقييم الطلاب المحالين إلى خدمات التربية الخاصة، وهم مسؤولين عن تطبيق الاختبارات والمقاييس، ومن الممكن أن يقوموا بملاحظة الطلاب في صفوف التعليم العام، ومقابلة الوالدين، والتشاور مع باقي المهنيين ممن لديهم معلومات عن الأداء الحالي للطلاب، ويفيد مشاركة الأخصائيين النفسيين في فريق

التقييم وفريق البرنامج التربوي الفردي في قيامه بتفسير وتوضيح نتائج التقييم التي أجريت على الطالب، وغالبًا ما يحصل الأخصائيون النفسيون على تدريب في الإرشاد النفسي وإدارة الصف، ولكن من بين مسئولياتهم الأخرى أيضًا تقييم الطلاب وكتابة التقارير والمشاركة في كل من: فريق ما قبل الإحالة، وفريق التقييم، وفريق البرنامج التربوي الفردي. ونظرًا لأنه يطلب منهم أحيانًا خدمة أكثر من مدرسة فإنهم قد لا يستطيعون التفرغ لتقديم المشورة المباشرة مع المعلم الذي لديه قلق عاجل حول أحد الطلاب.

وتختلف طبيعة الدور الذي يلعبه الأخصائي النفسي المدرسي في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة تبعا للفئة التي يعمل معها، وذلك على النحو التالي :

- في مجال رعاية الموهوبين : يقوم الأخصائي النفسي بتحديد الطلاب الموهوبين والمتفوقين دراسيا من خلال المقاييس والاختبارات العقلية والنفسية، وتحديد القدرات العامة والخاصة التي تميز هؤلاء الطلاب، ووضع إستراتيجيات لرعايتهم وتنميتهم وتشجيعهم إلى جانب توجيههم إلى مراكز تنمية المواهب والمراكز الرياضية والفنية المتخصصة .
- في مجال رعاية ذوي صعوبات التعلم : يقوم الأخصائي النفسي بحصر هؤلاء الطلاب بالمدرسة من خلال التنسيق مع أعضاء هيئة التدريس، والتعرف على أسباب صعوبات التعلم لديهم ونوعه (نمائي – اكاديمي)، ثم وضع البرامج الإرشادية والتربوية لمساعدة أفراد تلك الفئة في التغلب على مشكلاتهم .
- في مجال رعاية المتخلفين عقليًا والمعوقين سمعيًا والمعوقين بصريًا : يقوم الأخصائي النفسي بأدوار متعددة ومعقدة، إذ يتفرد بتقديم خدمات ذات نوعية خاصة تتناسب ونوع وشدة الإعاقة ، فبالإضافة إلى تطبيق المقاييس والاختبارات النفسية والعقلية تتعدد مسئولياته الفردية والجماعية من خلال عضويته في فريق الخدمة النفسية بالمدرسة .

أخصائيو الخدمة الاجتماعية المدرسية:

يعتبر الأخصائي الاجتماعي المدرسي بمثابة حلقة الوصل بين المدرسة والمؤسسات الخارجية الموجودة بالمجتمع بدءًا من المنزل إلى المراكز المتخصصة حيث يتركز محور اهتمام الأخصائي الاجتماعي في العمل مع البيئة التي يعيش فيها الطالب بما فيها من أشخاص،

وانشطة، وخبرات تؤثر عليه. فالخدمة الاجتماعية المدرسية خدمة متخصصة تشتمل على القيام بدراسة الحالة في مجال المنزل والمدرسة لمجموعة الطلاب الذين يعانون من مشكلات ترجع لظروف الأسرة والبيئة المحيطة بهم، اي انه يمكن القول ان الأخصائي الاجتماعي يتعامل مع البيئة بهدف تعديلها وتغييرها.

وفي ضوء ذلك التصور تتحدد المهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي كأحد افراد فريق الخدمة المدرسية إذ يساعد على إعداد دراسة الحالة في نطاق المنزل من خلال فحص العلاقات المتبادلة داخل نطاق الأسرة التي يمكن أن تؤدي إلى زيادة التوتر والضغوط على الطالب. والمشاركة في تقديم المشورة في إطار مؤتمر الحالة كأحد أعضاء فريق الإرشاد مع التركيز على تأثير البيئة المحيطة على سلوك الطالب. وتقديم المساعدة في إحالة الطالب إلى المؤسسات الاجتماعية والصحية والتي يمكن أن يستفيد من الخدمات المقدمة فيها. والعمل على تغيير أو تعديل الظروف البيئية التي تحيط بالطالب والتي كانت سببا في حدوث خبرات مؤلمة له أثرت على استجاباته السلوكية. وتقديم بعض الخدمات الخاصة بالطلاب ذوي الإعاقة (البصرية، السمعية، الجسمية.. وغيرها) بتوفير بعض الأجهزة المعينة التي يحتاجون إليها من خلال الاتصال بالمراكز الطبية والتأهيلية والمؤسسات الخاصة التي يمكنها توفير ذلك بالمجان أو بأسعار رمزية تكون في متناول أولياء الأمور في أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. وأخيراً المشاركة في الإرشاد الجماعي والإرشاد الأسري وإرشاد بعض حالات الجناح وسوء التوافق الاجتماعي وحل المشكلات الاجتماعية.

المرشدون الطلابيون في المدرسة :

المرشدون الطلابيون لهم أدوار متعددة في الفرق التي تقوم بخدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك تقديم الخدمات المباشرة لهم، فيقومون بالمساعدة في جمع المعلومات من المعلمين والسجلات المدرسية والوالدين والمؤسسات المجتمعية، - وخاصة عندما لا يتوفر الأخصائي الاجتماعي في المدرسة- وقد يحصل الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على الإرشاد والتوجيه التعليمي من هؤلاء المهنيين، وغالبًا ما يقوم المرشد الطلابي في المدرسة الثانوية بتنسيق البرامج التعليمية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، وتحمل مسئولية توصيل المعلومات حول مدى تقدم كل طالب للمعلمين والوالدين والطلاب انفسهم.

ويلعب المرشد الطلابي دورًا مهما في متابعة حالات الطلاب من الناحية التحصيلية وتقديم الخدمات الإرشادية لهم. والتعرف على الطلاب المتفوقين والموهوبين والمتأخرين دراسيًا والطلاب الذين لديهم تفاوت في مستويات التحصيل الدراسي بالنسبة لما يدرسونه من مقررات لاتخاذ الوسائل والإجراءات الكفيلة بتلبية احتياجات كل منهم بالتعاون مع ذوي الاختصاص. بالإضافة للتعرف على الأحوال الأسرية للتلاميذ وخاصة من الناحية الاقتصادية منها ومساعدة ذوي المستويات الاقتصادية المتدنية عن طريق الصندوق المدرسي. ودراسة الحالات الفردية للذين تظهر عليهم بوادر سلبية في السلوك تشير إلى اضطرابهم ومن ثم وجوب تفهم مشكلاتهم. كما يتواصل ويتعاون مع المدرسين بشكل عام ورواد الفصول بشكل خاص وكذلك عمداء الأسر والمشرفين الاجتماعيين في حالة المعاهد التي توجد بها أقسام داخلية لجمع المعلومات عن التلميذ المراد دراسة حالته. ويقوم أيضا بتعبئة السجل الشامل للتلميذ والمحافظة على سريته وتنظيم الملفات والسجلات الخاصة بالتوجيه والإرشاد.



الأطباء :

يلعب الأطباء دورًا مهمًا في عملية تشخيص الإعاقة لدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، هذا إلى جانب تشخيص وعلاج العديد من الأمراض التي يعاني منها هؤلاء، ومن بين التخصصات الطبية " طبيب الأنف والأذن والحنجرة ، وطبيب المخ والأعصاب، وطبيب

العظام، وطبيب العيون، وطبيب الأطفال، وأخصائي قياس السمع، وأخصائي التخاطب، وأخصائي الأشعة، وأخصائي التحاليل .. وغيرهم .

ويتحدد دور الطبيب في إطار عضويته في فريق الخدمة المدرسية في القيام بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة وخاصة المحالين إليه من الأخصائي النفسي. كما يسهم في البرامج الإنمائية والوقائية لنشر التوعية الطبية بين الطلاب. والاشتراك مع الأخصائي النفسي في تحويل الطلاب الذين يعانون من مشكلات نفسية - إذا دعت الضرورة - إلى الطبيب النفسي بأحد المستشفيات التابعة للتأمين الصحي المدرسي. بالإضافة إلى المساعدة مع فريق المدرسي في إجراء دراسة الحالة وذلك بإجراء الفحوص وإعداد التقارير الطبية الخاصة بالطلاب. كما يتعاون مع فريق الإرشاد النفسي في مؤتمر الحالة الخاص بأحد الطلاب ذوي المشكلات النفسية أو السلوكية لرسم صورة متكاملة عن تلك الحالة.

فريق التمريض بالمدرسة :

قد يقوم المرض بجمع المعلومات الطبية الخاصة بالطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، فعلى سبيل المثال يمكنهم اختبار والكشف عن الطلاب ذوي المشكلات السمعية أو البصرية. وكعضو في الفريق يقوم المرض بتقديم المساعدة في تفسير السجلات والتقارير الطبية، كما يمكنه تفسير الآثار التعليمية المترتبة على بعض الحالات بناء على ما يتوفر لديهم من معلومات طبية، كما يقدمون خدماتهم للطلاب ذوي الإعاقات الجسدية أو ذوي الأمراض المزمنة أو الأمراض الأخرى التي تتطلب رعاية طبية مستمرة، وعلاوة على ذلك فإنهم يساعدون الآباء على تقديم الخدمات الطبية لأطفالهم.

وتقوم ممرضة المدرسة بصورة تقليدية بمساعدة فريق التقييم والبرنامج التربوي الفردي لتفسير التقارير الطبية وترجمة النتائج الطبية إلى معلومات تعليمية ذات صلة، وقد تقوم المرضة بتفسير سبب وجود تقييدات لنشاط طلاب بأعينهم، ومدى تأثير الأدوية المختلفة على سلوك الطالب في الصف وأسباب العلاج والإجراءات الطبية. ويمكن أن تقوم المرضة أيضًا بمساعدة المعلمين في التعامل مع المواقف الطبية غير المعتادة مثل نوبات الصرع

في الصف. وإذا كان المعلمون على وعي بالإجراءات الصحيحة لمتابعة حدوث النوبة، فسيواجهون حينئذ الموقف بهدوء أكثر وسيقومون بمساعدة الطالب وأقرانه بدرجة أكبر.

الطالب :

يشارك الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في أنشطة الفريق عندما يكون ذلك ممكنًا، وكقاعدة عامة يتم ضم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة للفريق عندما يبلغون مرحلة المراهقة. وفي أحد الاستطلاعات الحديثة (Martin, Marshall& Sale, 2004) تبين أن٧٠٪ من طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية المعاقين يشاركون في اجتماعات البرنامج التربوي الفردي. ولذلك ينبغي تشجيع الطلاب المشاركين على مناقشة ردود أفعالهم واستجاباتهم وإدراكهم للأهداف التربوية المحتملة وأماكن تنفيذها.

قد يعتقد البعض أن دور الطالب في فرق العمل هو دور المتلقي للخدمة فقط دون أن يسهم في فعاليات برامج الخدمات المساندة. غير أن ذلك مخالف للواقع، فبدون التفاعل الإيجابي للتلميذ سوف تفشل كل الجهود التي تبذل من أجله، فإذا لم يبدي التلميذ التعاون والمشاركة لأعضاء فريق الخدمات المساندة فسيصبح لا طائل لما يقدم له من خدمات إذ لم تكن لديه الرغبة الصادقة في حل مشكلاته. ويتحدد دور الطالب في إطار عضويته في فريق العمل على النحو التالي:

(١) ينبغي على الطالب أن يستفيد من الأنشطة والبرامج التي تقدمها له برامج الخدمات المساندة.

(٢) يجب على الطالب أن يستجيب بصدق لكل ما يسأل عنه أثناء المقابلة أو عند أدائه لبعض الاختبارات والمقاييس التي تطبق عليه، وذلك حتى يسهل تقديم الخدمة الإرشادية والتوجيهية المناسبة له.

(٣) يجب على الطالب أن يقبل العلاقة مع أعضاء فريق الخدمات المساندة وأن يضع ثقته فيهم، وأن تبنى تلك العلاقة على أساس من التقبل والفهم والاحترام المتبادل والتعاون الصادق.

(٤) ينبغي على الطالب أن يبذل أقصى جهد في اقتراح الحلول المناسبة لمشكلته، وأن يمارس حقه في اتخاذ قراراته بنفسه.

(٥) ينبغي على الطالب أن يشارك في تقييم برامج الخدمات المساندة التي تقدم له في المدرسة واقتراح ما يؤدي إلى تحسين تلك البرامج.

باقي أفراد الفريق :

هناك أشخاص آخرون يشاركون الفريق في خدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة عندما تكون هناك حاجة للاستعانة بخبراتهم الخاصة، فعلى سبيل المثال بالنسبة للطلاب ذوي الإعاقات البدنية فإن بعض المهنيين مثل: أخصائي العلاج الطبيعي، وأخصائي العلاج الوظيفي، ومعلم التربية البدنية يلعبون أدوارًا مهمة في الفريق، فعندما يلتحق صغار الأطفال المعاقين بالمدرسة فإنه من الضروري أن يتم الحصول على المعلومات من أخصائي التدخل المبكر فيما يتعلق بمدى تقدم الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (رياض الأطفال) لتسهيل انتقالهم إلى البرامج المدرسية، وبالنسبة لطلاب المدرسة الثانوية فإن مرشد التأهيل المهني يلعب دورًا مهمًا في الفريق، ومن الممكن أن يسهم أيضًا أخصائي السمع في فهم الفريق للآثار المترتبة على فقدان السمع لدى أحد الطلاب، ومن الممكن أن يسهم أخصائي التكنولوجيا التعويضية في تقديم النصح للفريق عند اختيار واستخدام الأدوات التكنولوجية التعويضية لزيادة واستمرار وتحسين القدرات الوظيفية لدى الطلاب المعاقين، وهناك أيضًا مساعد المعلم الذي يعمل بالقرب من الطالب ذي الاحتياجات الخاصة.

وعلى الرغم من أن هؤلاء المهنيين معدودين كأفراد في الفريق، فإن الفريق الفعال يتطلب دعم هؤلاء الأشخاص لرعاية ومراعاة الحاجات الخاصة للطلاب بشكل متكامل، ولكن ما يجب الانتباه إليه أن الفرق الكبيرة التي تضم أكثر من ٥ – ٧ أفراد تقل فاعليتها وإنتاجيتها .وكحد أدنى يجب أن يشتمل كل فريق على والدي الطالب ومعلم التعليم العام ومعلم التربية الخاصة.

العمل التعاوني في الخدمات المساندة :

بمجرد تحديد ان الطالب يستحق ان يتلقي خدمات التربية الخاصة فإن الخطوة التالية هي تصميم البرنامج التربوي الفردي، ويجب تطوير تلك الخطة المكتوبة قبل بدء خدمات التربية الخاصة، وهذا البرنامج يتم استعراضه وتطويره على الأقل سنويًا ويجب ان يشتمل على مكونات متعددة.

وبمراجعة مستويات الأداء الحالي للطالب تبرز مختلف الحاجات التعليمية، وقد يكون من غير الملائم او الممكن التعامل مع كل جانب من جوانب الخطة، ويقوم الفريق بوضع اهداف سنوية ممكنة قابلة للقياس، وبعد ذلك يتم ترتيبها وفقًا لأولويتها، وبعد اختيار الأهداف يحدد الفريق كيفية المضي في تحقيقها وكيفية تحقيق تقدم على اصعدة مختلفة وكيف يمكن قياس هذا التقدم.

الاستشارة Consultation:

يعرف فريند وكوك Friend and Cook (1996) الاستشارة في المجال المدرسي School Settings فيما اورد ابو نيان (٢٠٠٦) بأنها: "عملية يقوم فيها متخصص بمساعدة آخر باختيارهما، متناولين مشكلة تتعلق بطرف ثالث".

ويعرفها ديتمر وثيرستون وديك Dettmer, P.; Thurston, L. & Dyck N. (2005) بأنها: "نشاط يتكاتف فيه التربويون والوالدين داخل المدرسة عن طريق التعاون والتواصل وتنسيق جهودهم كفريق من أجل خدمة احتياجات التلاميذ السلوكية والتربية".

بينما تعرفها الشمراني (٢٠٠٥) بأنها: "نشاط يتعاون فيه التربويون المختصون وأولياء الأمور ضمن المجال المدرسي عن طريق الاتصال و التعاون والتنسيق للجهود كفريق من اجل خدمة الاحتياجات المعرفية والسلوكية للطلاب".

وتقوم الاستشارة على العناصر التالية :

(١) المستشار (Consultant)

(٢) المستشير (Consultee)

(٣) المستفيد / العميل (Client)

وقد عرف كلا من (الشخص، الدماطي (١٩٩٤) المستشار بأنه " واحد من أولئك الأشخاص الذين يعدون مصدرا للخدمات في التربية الخاصة . ويقوم بتقديم خدمات تشخيصيه، بالإضافة إلى مساعدته وتدعيمه للمعلمين بدلا من تقديم الخدمات بشكل مباشر للتلاميذ والطلاب " . في حين عرفا المستشير Consultee بأنه : "فهو من يوفر الخدمة المباشرة للمستفيد ، ويعتبر وسيطا بينه وبين المستشار" . أما المستفيد Client : هو ذلك الفرد ، المجموعة ، الإدارة ، المجتمع أو أحيانا حتى الأمة التي تستفيد من خدمات الاستشاري

ولتوضيح مفهوم الاستشارة يذكر فريند وكوك **Friend and Cook (1996)** أهم خصائصها وهي:

(١) **أنها ثلاثية الأطراف وغير مباشرة لمتلقي الخدمة:** فالاستشارة المدرسية بالأخص تحدث في العادة بين أطراف ثلاثة وتكون العلاقة فيها بين المستشار ومتلقي الخدمة غير مباشرة . فإذا كان معلم التربية الخاصة هو المستشار مثلاً ومعلم الفصل العادي هو المستشير والتلميذ هو متلقي الخدمة فإن التلميذ لا يتفاعل مع الطرفين مباشرة أثناء عملية الاستشارة.

(٢) **الإرادة الذاتية:** من سمات الاستشارة أن الطرفين يختاران الدخول في العلمية الاستشارية فإذا شعر المستشير أو المستشار بالحاجة إلى الاستشارة تقدم للآخر ويستمر العمل طالما أن العلاقة إرادية.

(٣) **العلاقة ذات اتجاه نحو خبرة:** فالغرض الأساسي من الاستشارة وهو إدراك المستشير بوجود مشكلة لا يمكن حلها بدون استشارة خبير ، فالمعلمون يفضلون استشارة من له خبره فيعطي اقتراحات دقيقة محددة واتجاهاً واضحاً كفيلاً بحل المشكلة .

(٤) **وجود خطوات أو مراحل لعملية لحل المشكلة:** فالمستشار والمستشير يدركان أن الاستشارة عملة ذات مراحل أو خطوات ، وليس هناك ما يدعو إلى التقليد بخطوات معينة ، إلا أن هناك خطوات يقترحها أهل الخبرة في ميدان الاستشارة تتمثل في مرحلة

الدخول أو الاستعداد للعمل بدنيا ونفسيا ومرحلة التعرف على المشكلة وتحديدها ووضع هدف للتفاعل ، يلي ذلك التخطيط للوصول إلى الهدف ثم التدخل وتنفيذ الخطة والتقييم العمل وتحديد نهاية التدخل ثم الخروج من عملية الاستشارة .

(٥) **تقاسم المسئولية والمحاسبة على العمل ولكن بالفارق بين الطرفين:** فالواضح أن الطرفين مسؤلان ومحاسبان على العمل ولكن طبيعية المسئولية تختلف حيث على المستشار التأكد من إتباع إجراءات الاستشارة بالشكل الملائم وأن احتياجات المستشير تلبي كما يجب . بينما على المستشير الثقة في المستشار وأخذ اقتراحاته بجدية حتى ولو اختار فيما بعد عدم العمل بها ، فالخيار في ذلك له ،كما على المستشير المشاركة بصدق وثقة في عملية الاستشارة وأن يتبع الإستراتيجية التي تم الاتفاق عليها بين الطرفين ، بالإضافة إلى مسئولية المستشير في تقييم نتائج الاقتراحات التي قدمها له المستشار (أبو نيان، ٢٠٠٦) .

وتشير الشمري (٢٠٠٥) إلى دور كل من الاستشارة والعمل الجماعي لمساعدة العاملين في مجال التربية الخاصة في الأبعاد التالية :

(١) توحيد الجهود المختلفة وتنسيقها وترابطها في أهداف مشتركة تعود على العملية التربوية بالفائدة المرجوة .

(٢) اتخاذ القرارات الخاصة بالطلاب الذين يحتاجون لخدمات تربوية خاصة ومساندة ، ومساعدة العاملين في كيفية التعامل مع مثل هذه القرارات الهامة .

(٣) تنسيق مختلف الخدمات والبرامج (التربوية، والنفسية، والاجتماعية، والصحية..الخ) والتي تعد المفتاح الحقيقي للنجاح .

(٤) تبادل الخبرات ، الأفكار والمعلومات المختلفة لحل المشكلات موضع الاهتمام المشترك .

(٥) توفير الحلول الإبتكارية والإبداعية لحل مختلف المشكلات الخاصة بالطلاب وأسرهم .

(٦) التعامل بمزيد من الفعالية والكفاءة مع نطاق واسع من احتياجات الطلاب الفردية .

(٧) رفع مستوى تقدير الذات لدي جميع العاملين وتوفر الاحترام والتقدير لآراء الجميع بمختلف التخصصات والمواقع.

(٨) تنمية المهارات اللازمة لتحقيق الصحة النفسية للعاملين لما في ذلك مساعدة الآخرين ومواجهة الإحباط والفشل وضبط القلق والتعبير عن الحاجات وحل الخلاف .

(٩) توفير أسلوب جيد للاتصال على جميع المستويات بين العاملين ،حيث أن سوء التفاهم من الأمور الشائعة ، ولكي تكون العلاقة الإنسانية مجدية ، يجب أن يعمل الجميع على فهم وجهة نظر الطرف الآخر ، وذلك لتوحيد الجهود وتحقيق الأهداف المشتركة .

(١٠) زيادة الدافعية للانسجام والتماسك بين جميع العاملين في مجال التربية الخاصة ، والابتعاد عن القرارات الفردية الغير منطقية وعملية

(١١)الابتعاد عن مناقضة العاملين لبعضهم البعض في المعلومات التشخيصية والتدريبية ،والذي تعتبر من أهم مصادر الإحباط والصعوبات التي يعاني منها أولياء أمور الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة عند تعاملهم مع العاملين في مختلف التخصصات .

الاستشارة الجماعية:

لقد تبين للعاملين في مجال التربية الخاصة أن الاستشارة عن طريق العمل الجماعي تحمل فوائد كثيرة تجعل هذا الأنموذج من نماذج الاستشارة يغلب على كثير من النماذج الأخرى كنموذج " الخبير " مثلاً فيري Idol, Nevin & whitecomb (1996) أن الأنموذج يحمل الفوائد التالية:

(١) ١ – نظراً لتقاسم المسئولية بين الأعضاء المشاركين في العمل يستطيع كل عضو المشاركة بخبراته الموجهة نحو التلاميذ .

(٢) ٢ – نظراً لأن دور المستشار يمارس تبادلياً من قبل كل عضو من أعضاء الفريق فإن مستوي التواصل بين المجالات المهنية المختلفة يزداد.

(٣) ٣ – الاستشارة الجماعية تسهل الوساطة الفعالة والملائمة مع المؤسسات المجتمعية الأخرى وكذلك مع الوالدين .

(٤) ٤ – نظراً لأن هذا النموذج يسهل إمكانية تقديم الخدمات بناء على الاحتياجات الأكاديمية والاجتماعية بدلاً من صنف الإعاقة فإنه بهذا يساعد على تجنب شعور التعدي على حدود التخصص .

(٥) ٥ – أن الاستشارة الجماعية عملية تدور حول التلميذ فتتطلب من جميع أعضاء فريق العمل حيث تتوفر له الفرصة للاستفادة من خبرات ومعلومات الأعضاء الآخرين وتوسيع مفاهيمه ومداركه ومهاراته التواصلية .

تشكيل الفريق:

أول خطوة في تشكيل الفريق هي تحديد الأهداف المطلوبة والتي تلبي احتياجات محددة أو تحل مشكلة ما. وقد تترك هذه المهمة أحيانًا للفريق لتحديدها ويجب أن تتم في صورة تحسينات أو مكاسب ملموسة، مع تحديد الوقت النهائي للإنجاز والخطوات والتوصيات والتحليلات المطلوبة وخطط العمل والتقارير التي يجب تقديمها وعددها ومواعيدها (أسبوعية أو شهرية) والمسئولين المتلقين لها. وتحدد الموارد المتاحة للفريق ويمكن أن تضم مستشارًا من الإدارة يكون مسئولاً عن الاتصال بالفريق. وأخيرًا اختيار المجموعة الأساسية التي سوف تحدد جدول أعمال الاجتماع الأول واختيار عضو من الفريق يتولى تسهيل مهمته .

بناء الفريق الجماعي:

هناك سبع عمليات إذا تم تطبيقها يمكن أن تساعد على بناء الفريق الجماعي وهي:

(١) الدعم: وهو ليس مجرد تأييد وجهة نظر هذا العضو في حالة الاتفاق بل أيضا هو تقديم الدعم والتشجيع لعضو الفريق في حالة الاختلاف معه بقولك مثلا: "اعرف انك تتناول فكرتك أو رأيك بجدية وأنا أوافق على هذه الجدية رغم اختلافي معك في الراي".

(٢) المواجهة: وهي الاعتراض على سلوك غير مرغوب من أحد أعضاء الفريق عندما يبدأ في منع الآخرين من رصد أفكارهم أو السخرية من إسهاماتهم ويجب أن تقتصر المواجهة على سلوك الأعضاء ولا تتعرض للشخصية أو تستخدم اسلوب التحقير.

(٣) حماية حق إبداء الرأي: يجب أن يقوم أحد أعضاء الفريق بدور حارس حق إبداء الرأي وخاصة إذا كان بعض أعضاء الجماعة اقل ثقة بأنفسهم او مترددين أو عندما يحتكر أعضاء معينون المناقشة تماما ولا يتركون فرصة للآخرين لإبداء الرأي.

(٤) **الوساطة:** عندما تصبح المناقشات مكثفة مطولة إلى حد أن يتوقف الأعضاء المجتمعون عن الاستماع أو الاستجابة لبعضهم البعض يحتاج الموقف إلى وجود عضو وسيط يلخص المناقشات ويوضح رأي كل طرف ويطلب الفرصة من أصحاب الآراء لتعديل أو تصحيح وبذلك تكسر الوساطة الجمود وتدفع المناقشة إلى الأمام

(٥) **التنسيق:** هو دور آخر من أدوار الوسيط حيث يحاول تجميع نقط الاتفاق بين الآراء المتضاربة حيث يمكن أن تكون التعبيرات مختلفة.

(٦) **التلخيص:** قد تجد المجموعة نفسها مستغرقة في التفاصيل وهنا يتدخل الوسيط أيضا ليلخص في جمل رئيسية ما وصل عنده النقاش وهذا التلخيص يعطي للمجموعة ثقة في نفسها ويكشف عن تقدم كبير لم يكن أي عضو يتصور أنه قد تحقق فعلا.

(٧) **مراقبة سير التفاعلات:** هو معالجة تفاعلات المجموعة وما يحدث بين أعضاء الفريق وإذا كان هناك موضوعات حول السيطرة والنفوذ وهل تتجنب مثلا المجموعة باستمرار مواجهة الموضوعات الرئيسية هنا يتدخل المراقب طالبا من المجموعة النظر في طريقة أدائها.

تحديد سلطات وصلاحيات الفريق:

كثير من الفرق تبدأ العمل دون تحديد واضح لسلطاتها، مما يصيب أعضاء الفريق بالإحباط. لذا يجب تحديد تلك السلطات من البداية. وهناك عدة خيارات عند تحديد مستوى السلطة منها :

(١) النظر في المشكلة ووضع الحلول وترك اتخاذ القرار للإدارة .

(٢) تحديد البدائل المتاحة ومميزات وعيوب كل بديل وترك مهمة اختيار البديل الأمثل لآخرين .

(٣) التوصية بخطة عمل وترك الموافقة للإدارة .

(٤) كتابة تقرير يعكس وجهة نظر الفريق وانتظار الموافقة أو البدء في العمل .

(٥) اداء العمل، ثم كتابة تقرير بالنتائج المحققة .

(٦) القيام بالعمل، و كتابة تقارير في حالة الفشل فقط .

مسؤوليات قائد الفريق:

يقوم بنقل المعلومات والمعرفة والمهارات لبقية أعضاء الفريق وتفسير السياسات وأوامر العمل، ويشرح كيفية إدارة العمل بفعالية وتقويم النتائج. ويتولى بناء خطوط الاتصال بين الإدارات وتشجيع الأعضاء على أداء العمل بطرق ابتكارية وتقبل المخاطرة. ويكون من الناحية السلوكية مثلاً يحتذى، ويقوم بمكافأة السلوك الفعال، وتأييد أهداف الفريق داخليًا وخارجيًا ونقل إنجازات الفريق إلى الإدارة والقيام بدور الوسيط عند نشوب صراعات .

(١) تسهيل عمل الفريق؛ من المهام التقليدية لقائد الفريق التخطيط والتوجيه وتكليف المهام والسيطرة والإرشاد والنظام ولكن هناك البعد الغائب وهو تسهيل عمل المجموعة ويوجه حديثه للقائد قائلا:"لابد من تقليل دورك كمدير إلى مجرد مسهل لأن المجموعة هي الكيان الأكثر الأهمية ". إن تغيير الدور الإداري يكون صعبا أحيانًا على قادة الفرق لأنهم يعتقدون انهم يتنازلون عن امتيازاتهم الإدارية كما انهم ينظرون إلى المجموعة بتشكك ولكن الموقف أخذ وعطاء فالقائد يتنازل عن شيء صغير ليحصل على شيء أكبر كثيرا فالفريق المتطور الفعال يستطيع إعطاء إنتاجية أعلى ونتائج متميزة للغاية والقائد موجود كجزء من الأحداث ويمكنه التدخل عندما تبدأ المجموعة في الانحراف أو في تجاوز أي صلاحيات أو تفويضات قد أعطيت لها .

(٢) المحافظة على المجموعة صغيرة؛ يذكر بعض الخبراء إن أكثر المجموعات فاعلية هي التي تتشكل فيما بين خمسة إلى تسعة أعضاء.

(٣) الإعلان عن الاجتماع مقدمًا، حتى يتمكن كل فرد من أفراد المجموعة من إعداد الأفكار الخاصة للاجتماع وفق القاعدة القائلة إن المجموعات افضل في تقيم الأفكار أما الأفراد فهم أفضل في التوصل إلى الأفكار.

(٤) إعادة صياغة النقد بطريقة إيجابية.

(٥) جمع آراء الأعضاء، يطلب القائد من الأعضاء واحداً بعد الأخر ان يذكر الحلول التي توصل إليها ويسجلها في جدول.

(٦) تشجيع الأعضاء: على مناقشة الفكرة مع المجموعة ككل وليس مع صاحب الفكرة وحده.

(٧) طلب ملاحظات إيجابية من الأعضاء السلبيين.

(٨) الوصول إلى قرار بالإجماع .

(٩) تتطلب القرارات المأخوذة بالإجماع وقتا وصبرا ولكن القرارات التي تنتج عن الإجماع تتفوق دائما على القرارات المنفردة لأن المجموعة تستطيع أن تولد عددا أكبر من الاختيارات وتقييمها بطريقة أكثر واقعية.

وهناك ثلاث خطوات قد تسهم كثيرًا في الوصول إلى قرار بالإجماع :

الأولي: تشجيع جميع المشاركين على أن تكون لهم فرصة كاملة للتعبير عن الراي.

الثانية: التأكيد على الإيجابيات في جميع الاقتراحات.

الثالث: اكتشاف مدى الجدية في التعبير عن السلبيات: قد يعتقد بعض الأعضاء وفق أسلوب الإجماع أنه من واجبهم طرح أي سلبية محتملة بغض النظر عن ضآلتها وعندما يكتشفون أن الآخرين لا يشاركونهم تخوفاتهم يتغاضون عن تلك السلبيات.

التعامل مع الصراع داخل الفريق:

هناك ست ركائز أساسية تؤخذ في الاعتبار عند معالجة الصراع داخل الفريق

(١) **الصراع داخل الجماعة طبيعي:** يرى أعضاء الفريق أن الصراع والاختلاف هي أشياء من المؤكد وقوعها في المجموعات النشطة الناجحة فحيث يوجد الإبداع توجد احتمالات ظهور الصراع.

(٢) **البحث عن بدائل:** كأن يقول احد الأعضاء كمخرج عند اشتداد الصراع: نحن لا نحبذ أن يستمر الوضع كما هو الآن فما هو البديل؟

(٣) **الصراع هو موضوع يتعلق بالفريق ككل:** يجب ان يشترك الفريق كله في معالجة الصراع لأن عاقبة هذا الصراع سوف يتأثر بها كل الفريق

(٤) **الوضوح عند حل الصراع:** يجب أن يتم التعامل مع الصراع من خلال مناقشة صريحة فالعديد من فرق العمل يتم فيها إخماد الصراع مما يؤثر على علاقات الود بين الأعضاء.

(٥) **تركيز الصراع على الموضوعات وليس الأشخاص:** منشأ الصراعات الحادة هو محاولة احد الأعضاء اثناء الصراع التقليل من قدر العضو أو توجيه إهانة إليه فيجب التركيز في جو الصراع على المفاهيم والموضوعات.

(٦) **الاهتمام بالحاضر فقط:** أثناء الصراع يجب أن تتركز المناقشات حول ما يحدث الآن وأن يبتعد الأعضاء عن إثارة الخلافات السابقة أو سلوكيات الأعضاء أثناء صراعات سابقة.

ايجابيات فرق العمل في التربية الخاصة:

يؤدي العمل داخل فريق في التربية الخاصة إلى العديد من الفوائد التي تمثل نقاطًا ايجابية لكل من أعضاء الفريق، والمؤسسات التي يعملون فيها:

(١) **التعاون هو الفائدة الأساسية**، حيث يرغب الأعضاء في العمل معًا وفي مساندة أحدهم الآخر لأنهم يتوحدون مع الفريق ويريدون له ان يكون لامعًا وناجحًا، وبذلك تقل المنافسة الفردية. يريد الأعضاء ما هو أكثر من التعاون مع بعضهم من أجل مصلحة الفريق، لذلك فهم يشتركون مع بعضهم البعض، ويذيبون أنفسهم بإرادتهم داخل الجهود التي يبذلونها.

(٢) **اتخاذ القرارات والحلول في وقت واحد**، حيث إن كل عضو يستخلص، ويقيم اختيارات أكثر مما يستطيع أن يقوم به فرد واحد. وبذلك يقل الوقت المطلوب لإنجاز العمل، لأن الأعضاء يتخذون قراراتهم في آن واحد، وليس بالتتابع كما يحدث غالبًا. تتخذ القرارات بإجماع آراء الأعضاء، وعادة ما تكون أفضل من قرار منفرد، حتى وإن جاء به أكثر أعضاء الفريق تألقًا.

(٣) **نقل الخبرة،** أعضاء الفريق الذين تعلموا تقديم الدعم لبعضهم البعض والثقة ببعضهم البعض يتبادلون المعلومات بحرية، ويدركون مدى أهمية تبادل المعلومات المطلوبة بينهم للعمل بطريقة أكثر فاعلية.

(٤) **الاستخدام الأكثر فعالية للموارد،** والمواهب، والقوى، والذي يقوم به الأعضاء بحرية تامة بمشاركة أعضاء آخرين بالفريق. فعندما يوجد خلل ما في معلومة محددة، أو مهارة خاصة لدى أحد الأعضاء، فهناك آخر لسد هذه الثغرة

(٥) **إن من يملكون المسؤولية عن القرارات والحلول، يشعرون بالتبعية بالتزامهم بتنفيذ تلك القرارات والحلول بنجاح،** وتلك هي الفائدة الخامسة.إذ أن أعضاء الفريق الآخرون يشعرون أيضاً بالتزام قوي نحو الفريق، وبالرغبة في عدم خذلانه.

(٦) **الجودة،** حيث يوجد الاهتمام بتحقيق الجودة والدقة، لأن العاملين يشعرون أنهم جزء من نشاط الفريق، ويرغبون أن يظهر فريقهم بصورة جيدة قدر الإمكان. بالإضافة إلى ذلك يطمئن أعضاء الفريق إلى حصول كل واحد منهم على حاجته من الفريق لإنجاز أفضل عمل ممكن، وذلك نتيجة تعاون الأعضاء مع بعضهم البعض.

سلبيات فرق العمل:

كما ان فرق العمل العديد من الفوائد، فإنها كذلك لا تخلو من السلبيات:

(١) قد تكون مضيعة للوقت، وقد لا تدع وقتًا للأعضاء لأداء العمل الروتيني اليومي .

(٢) قد تخرج أحيانًا عن السيطرة وتبدو عليها مظاهر الفوضى وعدم الانضباط .

(٣) قد تسبب خلطًا بين عمل عضو الفريق اليومي وعمله مع الفريق .

(٤) تحتاج وقتًا طويلاً حتى تحقق نتائج ملموسة .

الأدوار التي تهدم الفريق:

هناك بعض الأدوار المدمرة التي يقوم بها بعض أفراد المجموعة والتي تعوق فرصتها في أن تصبح فريقًا ومنها:

(١) **المقاطعة:** ولها عدة مظاهر منها: مقاطعة المتحدث قبل أن ينتهي من عرض وجهة نظره أو استخدام الأسلوب الساخر في التعليق على وجهة نظر أحد المتحدثين، وهناك

صورة أخرى وهي تجاهل باقي المجموعة في إسهام أحد الأعضاء في عرض وجهة نظره وفي كثير من الأحيان تنتهي المقاطعات بإيجاد حد من الفوضى والجدل داخل اجتماعات الفريق.

(٢) **التحليل أو الوصف:** يحدث عندما يقوم أحد أفراد الفريق بتحليل سلوك عضو آخر أو وصف مواقفه ودوافعه ويمكن لهذا الوصف أن يخرج المناقشة عن مسارها حيث يتجادل الأعضاء ويتجاذبون.

(٣) **السيطرة:** يريد العضو المسيطر أن يتحكم في المناقشة ويكتسب النفوذ ومشكلة المسيطر تكمن في قلة اهتماماته بأهداف المجموعة وتركيزه على أولوياته الشخصية وعندما يهيمن المسيطر على المجموعة تتضاءل مشاركة الأعضاء وبذلك لا تتحقق للمجموعة الاستفادة الكاملة من مواردها.

(٤) **الموافقة المعلقة:** يستخدم البعض أسلوب الموافقة المعلقة في تخفيف شدة الرفض وأسلوب الموافقة المعلقة أسوأ أنواع الرياء وأفضل أنواع التقليل من شأن الآخرين ومثاله » أوافق على أنها فكرة رائعة لكنني أعتقد أنه لا يمكن تطبيقها هنا.. و لكن يمكن استخدام أسلوب الموافقة المعلقة بمهارة شديدة تجعل من العسير اكتشافها مثل: "اعتقد أن فلانا قد استخدم طريقة تفكيره في الوصول إلى هذا الاقتراح واعتقد انه يستحق التهنئة من كل عضو من أعضاء الفريق على براعة تفكيره" ومع ذلك فعندما ندقق النظر نجد أنه يوجد خطأ بسيط من الصعب ملاحظته لكنه قد يؤدي إلى فشل تطبيق الفكرة بأكملها

(٥) **الرفض:** يوجد في كثير من مجموعات العمل العضو الرافض دائما وتكون وظيفته التعبير بقسوة عن كل ما هو سيئ في أفكار الأعضاء الآخرين ومقترحاتهم،هذه القسوة تكون كفيلة بقتل ما هو صحيح في فكرة ما. وهناك عدة طرق لتجنب أضرار هذه السلوكيات الهدامة ابسطها هو التدخل الفردي باستخدام عبارة أو أكثر من العبارات المضادة.

المستفيدون من الخدمات المساندة:

وفق التعريف الخاص بالخدمات المساندة فإن من يستحق مثل هذه الخدمات هم أولئك الأطفال الذين يؤثر عجزهم على أدائهم التربوي مما يستدعي تصميم برامج تعليمية خاصة لهم (Puplic Law 94-142) .وقد ادى مثل هذا التعريف إلى اختلاف أعضاء لجنة البرنامج التربوي الفردي في تفسير درجة العجز التي تؤثر في أداء الطفل وكذلك في تفسيرهم للبرنامج المصمم خصيصا لمواجهة مثل هذا العجز. وأدى ذلك كله إلى عدم اتفاقهم حول مدى ضرورية الخدمة للطفل المعوق حتى يتمكن من الاستفادة من التربية الخاصة. فعلى سبيل المثال فالطفل الذي يعاني من ربو حاد قد لا يحتاج أن يصمم له برنامج تعليمي خاص في حالة إمكانية تعديل البرنامج الدراسي على أساس التقييم (هارون، ٢٠٠٩).

في ظل قانون تربية الأفراد ذوى الإعاقات IDEA 1997 فإن الطالب الذي يجب أن يحصل على خدمات التربية الخاصة يجب أن يكون مؤهل لخدمات المساندة (ما لم تكن الخدمات المساندة التي يحتاجها الطفل تعد خدمات تربية خاصة بخلاف خدمات المساندة في ظل معايير الولاية). ولذا يجب أن يحصل الطفل على تقييم فردى لتحديد:

(١) ما إذا كانت إعاقته مصنفة في قانون تربية الأفراد ذوى الإعاقات IDEA 1997.

(٢) ماذا كان الطفل بسبب هذه الإعاقة يحتاج إلى تربية خاصة وخدمات مساندة.

وعلى أيه حال من المهم أن نعرف أن القانون يكفل للطفل يخضع للقياس في جميع المجالات التي ترتبط بإعاقته. ويشتمل ذالك على تقييم الطفل في جوانب:

- ☒ الصحة .
- ☒ البصر.
- ☒ السمع.
- ☒ الحالة الاجتماعية والانفعالية.
- ☒ الذكاء العام.
- ☒ الأداء الأكاديمي.
- ☒ حالة التواصل.

☒ القدرات الحركية.

وهناك العديد من أدوات القياس واستراتيجياته يجب أن تستخدم لجمع معلومات عن نمو الطفل والمعلومات الوظيفية. والتقييم يجب أن يكون بالقدر الكافي والشامل للتعرف على جميع الاحتياجات الخاصة بالطفل والخدمات المساندة وما إذا كانت تلك الخدمات ترتبط أو لا بتصنيف الإعاقة الذي يندرج تحته الطفل.

وإذا أشار التقييم أن الطفل لديه إعاقة بالفعل وانه بسبب تلك الإعاقة يحتاج إلى تربية خاصة فانه تتحقق فيه معايير التربية الخاصة والخدمات المساندة.

دور الانترنت في تقديم الخدمات المساندة:

إن من الأشكال الحديثة للحصول على خدمات المساندة في مجال التربية الخاصة استخدام الانترنت كأداة فاعلة و ذات قيمة عالية ومنخفضة التكلفة مقارنة بالأساليب التقليدية. ففي الوقت الراهن، أصبحت الشبكة الالكترونية مرجع تقليدي و رئيس للمعلومات و اصبح تصفح هذه المواقع وبخاصة ذات العلاقة بالاستفسارات الصحية امرًا شائعًا (Baker, Wagner, Singer, & Bundorf, 2003; Statistics, C., 2004; U.S. Department of Commerce, 2000).

ويذكر هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) أن الانترنت أصبح احد المصادر التي يتم من خلالها تقديم المساندة لآباء الأطفال المعوقين حيث يتم تخصيص العديد من قوائم البريد الالكتروني، والجماعات الإخبارية News groups والمواقع على الشبكة الدولية للمعلومات لتلك الموضوعات ذات الصلة بالإعاقة(ص ٢٣٨).

ويعد استخدام الانترنت من احدث تلك الوسائل المبتكرة وبخاصة في مجال تقديم خدمات التدخل المبكر نظراً لطبيعتها التي تميزها عن غيرها من البرامج الأخرى، ويعد هذا الأسلوب من التواصل مكمل للقاءات المباشرة والجلسات العلاجية والزيارات المنزلية التي يقوم بها الاستشاريون. بل أن هذا الأسلوب من التقنية شجع أولياء الأمور على السعي للحصول على ساعات جامعية معتمدة للمشاركة في تعليم أطفالهم عن طريق الانترنت (الخطيب والحديدي، ٢٠٠٣). وقد أكد كنث

(Kenneth, et. al, 2000) ان البحث عن معلومات تتعلق بحالة الطفل الصحية باستخدام الانترنت ارتفع من (٣٦٪) إلى (٤٠٪) في العام ١٩٩٨م، وتضاعف هذا الرقم بمرور عام ليصل إلى (٧٠٪)، وأشارت نتائج الدراسة إلى ان (٣١٪) من الأسرة تتصفح الانترنت بشكل منتظم للبحث معلومات طبية.

إن استخدام الانترنت وتوظيفه بشكل فعال في تقديم بعض خدمات التدخل المبكر المساندة في مجال التربية الخاصة، ودعم الخدمات الإرشادية والنفسية بهدف مساعدة أولياء الأمور على التغلب على الضغوط المرتبطة بإعاقة أطفالهم من خلال المجموعات الافتراضية الداعمة واستعراض التجارب العالمية في تلبية حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم في التعرف على أسباب إعاقات ابنائهم وكيفية التعامل معهم. وهكذا يمكن استخدام تطبيقاته الحديثة في توصيل أو تنفيذ بعض الخدمات المساندة بشكل ايجابي في دعم الأطفال المعاقين وأسرهم (التميمي، ٢٠٠٧).

وقد قام فرهيجين وآخرون (Verheijden, et al 2004) بدراسة استهدفت المقارنة بين التدخل التقليدي والتدخل المتمركز على الانترنت لمجموعة من الأفراد ممن يعانون من امراض مزمنة. و تم تقديم استشارات غذائية ودعم اجتماعي وتتبع تأثير ذلك على بعض المتغيرات مثل الوزن وضغط الدم ومستوى الكولسترول. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه لا يوجد فروق ذات دالة إحصائية ما بين المجموعة الضابطة والتجريبية في الوزن وضغط الدم ومستوى الكولسترول. وأوصت الدراسة إلى دعم و تحديث المعلومات المتوفرة على المواقع الالكترونية من أجل تفعيل دورها بشكل مناسب.

وفي دراسة اجرها بلاكبارن و ريد (Blackburn & Read, 2005) حول خبرات أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في استخدام الانترنت في البحث عن المعلومات ذات العلاقة بإعاقة ابنائهم. وأشارت نتائج الدراسة إلى ان (٧٥٪) من عينة الدراسة سبق لهم استخدام الانترنت، (٦٣٪) من المشاركين يستعملون الانترنت بشكل متكرر، و (٩١٪) يتصلون بالانترنت من المنزل، وكان استخدام البريد الالكتروني أبرز التطبيقات المستخدمة من أجل البحث عن معلومات موضع اهتمام او التسوق من خلال الشبكة العالمية. ومن أبرز المشكلات التي يواجهها المستخدمين مشكلات فنية و تقنية ذات علاقة بالمواقع الالكترونية والأجهزة

ولكن ابرز المشكلات لأكثر من نصف عينة الدراسة هو عدم وجود الوقت الكافي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أهم المعوقات لعدم استخدام الانترنت قلة أجهزة الحاسب الآلي كلفتها الباهظة ونقص المهارة. و مع هذا كله، خلصت الدراسة إلى أن الانترنت أفضل الطرق وأكثرها مرونة للوصول للمعلومات و الخدمات المرغوب فيها.

وقد أجرى كل من سكينر وشيفر (Skinner & Schaffer, 2006) دراسة استهدفت التعرف على سلوك بعض أولياء الأمور ممن لديهم أطفال يعانون من مشكلات صحية في استخدام الانترنت. وتوصلت الدراسة إلى الآتي: عبرت (٨٣) أسرة انهم استخدموا الانترنت من قبل للبحث عن معلومات صحية حول حالة طفلهم، اظهروا رضا عالي عن تلك المعلومات والتي أثرت إيجابياً في مسار أطفالهم من ناحية التدخل المبكر العلاجي والتربوي. وأشارت نتائج الدراسة ان (٦٨) أسرة توجهوا للبحث عن الانترنت من تلقاء انفسهم وبدون تلقي النصح من الأطباء او مقدمي خدمات التربية الخاصة، في المقابل (١٤) أسرة استعانت بأشخاص آخرين لمساعدتهم في البحث، ان معظم الأمهات هن المستخدمات بشكل اكبر لشبكة الانترنت للبحث عن معلومات حالة أطفالهم.

ولكن على الرغم من أن الانترنت أصبح بشكل غير قابل للجدال أداة فاعلة وسهلة لدى العديد من أولياء أمور الأطفال المعاقين، إلا أنه في المقابل هناك العديد من الأخطار ذات العلاقة بنوعية المعلومات المنشورة ببعض المواقع . فالحرية المطلقة للنشر تعتبر سلاح ذو حدين فهو يوفر مجال لطرح الأفكار، وتزداد مخاطره في أنه قد يكون وسيلة جيدة لنشر الانطباعات السلبية وتداول المعلومات المغلوطة حول موضوع ما . فليس هناك مرجعية للتدقيق في نوعية وجودة المعلومات المتبادلة مما جعل احد الباحثين يصف ذلك " بالغرب المتوحش في عصر المعلومات" (Smith, 1999: 31).

أشارت دراسة قام بها كل من بلاكبيرن و ريد (Blackburn & Read, 2005) ان نسبة كبيرة من أولياء الأمور ممن لديهم أطفال معاقين أشاروا إلى انهم واجهوا مشكلات عديدة عند البحث عن معلومات حول إعاقة أطفالهم مثل الوقت و الوصول إلى المعلومات

المناسب. و هذا يجعل أولياء الأمور في حاجة إلى إتباع استراتيجيات معينة لتقليل مدة البحث على الشبكة العالمية، و بعض تلك الاستراتيجيات متوفرة في بعض المواقع الالكترونية.

ومن التحديات الأخرى الجديرة بالملاحظة، أن كمية المعلومات الضخمة يعتبر عبء لمن يبحثون عن المعلومات في الانترنت. فاستخدام كلمة مفتاحية للبحث عن معلومة معينة، يظهر للمتصفح مئات و في بعض الأحيان تصل إلى آلف الروابط. و يعتبر هذا الكم الهائل من المعلومات أكثر من حاجة المتصفح و من سلبيات استخدام الانترنت كأداة دعم (Gutzman, 2001). وربما هذا ينطبق على أولياء الأمور ممن يبحثون عن معلومات عن حالة أطفالهم المعاقين. على سبيل المثال عند استخدام الكلمة المفتاحية "٠٠٠" يجد محرك البحث جوجل G00gal اكثر من ٩٠٩٠٠٠ موقع الكتروني (التميمي، ٢٠٠٧).

المشكلات المرتبطة بتقديم الخدمات المساندة:

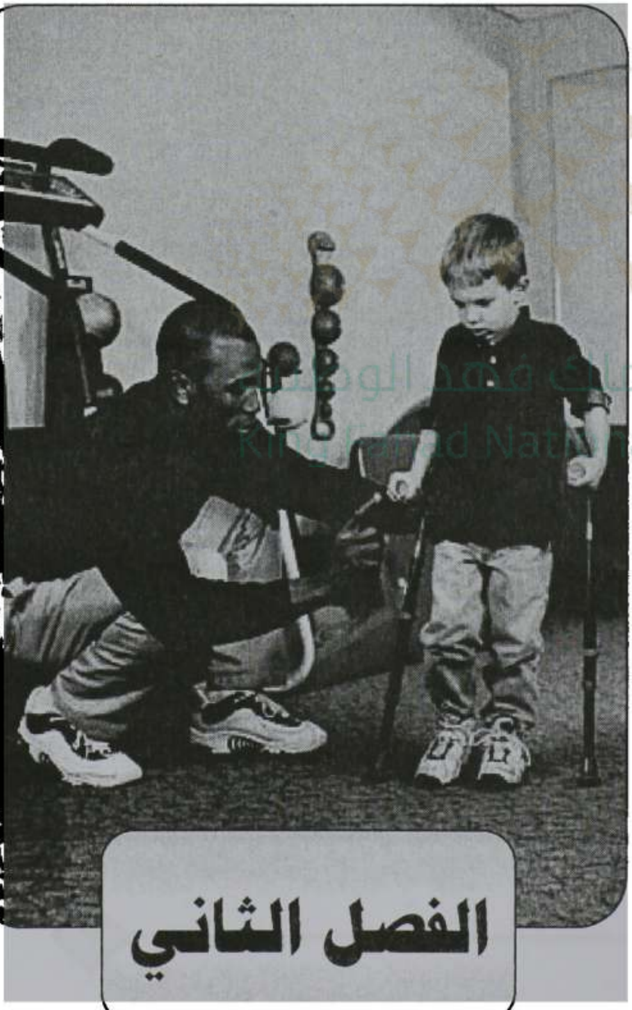
اشار كل من (Strickland &Turnbull 1993) فيما اورد هارون (٢٠٠٩)إلى وجود عدد من الصعوبات فيما يتعلق بعملية تحديد مدى حاجة الطفل إلى الخدمات ذات الصلة بالتربية الخاصة وذلك لعدم وجود معايير واضحة يمكن في ضوئها إصدار حكم لاستحقاق الطفل لتلك الخدمات . وأدى عدم وجود تلك المعايير إلى ظهور ثلاث مشكلات أساسية يجب وضعها في الاعتبار عند تحديد هذه الخدمات لتلميذ ما ضمن برنامجه التربوي الفردي . وتتمثل هذه المشكلات في الآتي:

(١) عدم وضوح المعيار الذي سيتم على أساسه تحديد مستوى ومدى الخدمات المساندة التي يجب أن يتلقاها التلميذ حتى يتمكن من الاستفادة من برامج التربية الخاصة: فقد اعتمدت اللائحة الأمريكية (p.L.94-142) على سبيل المثال مصطلح الملائمة (المناسبة) كمعيار لتحديد مستوى الخدمات رغم عدم دقته واحتماليه الاختلاف في تفسيره من قبل من يحاول اختيار الخدمات المساندة ، فقد يرى شخص ما مدى مناسبة خدمة معينة بينما لا يراه الآخر كذلك.

(٢) عدم وجود تحديد واضح للخدمات التي يجب تضمينها وتلك التي يجب استبعادها:

تعرف اللائحة الأمريكية (P.L.94-142) الخدمات المساندة بأنها أي خدمة (ما عدا تلك المقدمة من الطبيب) تقدم لطفل ما لمساعدته على الاستفادة من التربية الخاصة . وقد أدى هذا التعريف في جزئه الذي ينص على استبعاد الخدمات التي يقدمها الطبيب إلى الاختلاف في تحديد نوع الخدمات التي يجب تضمينها ببرامج التربية الخاصة . وقد ظهر هذا الاختلاف جليا في المجتمع الأمريكي لوجود تباين في لوائح تقديم الخدمات الطبية من ولاية لأخرى . ففي بعض الحالات نجد أن بعض الخدمات التي يمكن تقديمها من خلال شخص آخر غير الطبيب تختلف من ولاية لأخرى وفقاً لاختلاف متطلبات الرخص الممنوحة لتقديم الخدمات . وعلى سبيل المثال لا يقوم في بعض الولايات بتقديم خدمات العلاج النفسي إلا أخصائي الطب النفسي و الأخصائي الاجتماعي أو المرشد. ولهذا لا يعتبر العلاج النفسي من ضمن خدمات التربية الخاصة إلا في الولايات التي يقوم بتقديمها شخص آخر غير الطبيب وهكذا فقد تم تعريف الخدمات المساندة على حد تعبير (Vitello 1986) عن طريق من يقوم بتقديمها بدلا من تعريفها من خلال الخدمة ذاتها.

خدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي



الفصل الثاني

أولاً : خدمة العلاج الطبيعي
- مفهوم العلاج الطبيعي.
- أخصائي العلاج الطبيعي.
- مجالات العلاج الطبيعي.
- وسائل العلاج الطبيعي

ثانياً : خدمة العلاج الوظيفي
- أهمية العلاج الوظيفي .
- مفهوم العلاج الوظيفي .
- دور أخصائي العلاج الوظيفي .
- الفئات المستهدفة بالعلاج الوظيفي.
- الخدمات التي يقدمها العلاج الوظيفي.

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) تحديد مفهوم العلاج الطبيعي.

(٢) التعرف على دور العلاج الطبيعي بوجه عام ومع ذوي الإعاقات على وجه الخصوص.

(٣) التمييز بين الوسائل التي تستخدم في مجال العلاج الطبيعي (العلاج المائي، العلاج بالحرارة والبرودة ، الكمادات الساخنة، الاهتزازات فوق الصوتية، مغاطس البرافين أو الشمع، وحمامات الطين، وأشعة الليزر)

(٤) إدراك التأثير الفسيولوجي والميكانيكي لأنواع التدليك التأثير.

(٥) التعرف على أهمية العلاج الوظيفي .

(٦) مناقشة مفهوم العلاج الوظيفي .

(٧) تحديد مهام أخصائي العلاج الوظيفي بمدارس التربية الخاصة.

(٨) ينتبه للكفايات المهنية التي ينبغي أن تتوفر في المعالج الوظيفي.

(٩) يفرق بين أخصائي العلاج الوظيفي وأخصائي العلاج الطبيعي .

(١٠) يتذكر الفئات المستهدفة بالعلاج الوظيفي.

(١١) يقيم الخدمات التي يقدمها العلاج الوظيفي.

الفصل الثاني
خدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي
Physical & Occupational therapy services

مقدمة

يلعب العلاج الطبيعي دورًا حيويًا في المساعدة على تحسين الصحة الجسدية والوظائف الجسمية للفرد وتحسين حركة المفاصل وزيادة قوة العضلات وتحسين التآزر والتناسق وتؤدي جلسات العلاج الطبيعي إلى زيادة سريان الدم في الأطراف مما يؤدي إلى التقليل والحد من الإعاقة،فكثير من حالات شلل الأطفال إذا كان قد تم استخدام وسائل العلاج الطبيعي معها في وقت مبكر فربما كان يمكن أن تحد بشكل كبير من تطور حالة الشلل وتقلل من نسبة العجز. كما يعتبر العلاج الطبيعي من أفضل وسائل التأهيل بالنسبة لحالات الإصابة بالشلل الدماغي.

أما العلاج الوظيفي هو إحدى المهن الطبية المساعدة، والتي تعنى بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، المصابين بإعاقات جسدية، أو حسية، أو حركية، ، أو ذهنية، أو نفسية، أو اجتماعية.. وهي تعمل على تأهيل أو إعادة تأهيل المهارات والقدرات التي تساعد على التكيف الوظيفي والسلوكي للأشخاص وذلك من خلال نشاط هادف. ويركز العلاج الوظيفي بشكل رئيس على أداء الأطراف العليا الدقيقة في الجسم، خاصة حركة الأصابع، واليدين، والذراعين.

أولا : خدمة العلاج الطبيعي Physical Therapy Service

يعتقد الأطباء أن القول بأن أبقراط Hippocrates وبعده جالينوس Galenus كانوا هم أول من مارسوا العلاج الطبيعي، والتدليك، وتقنيات العلاج اليدوي والعلاج المائي لعلاج الناس في عام ٤٦٠ قبل الميلاد قول في حاجة لتأكيد، ويرجع اول توثيق لأصول العلاج الطبيعي الفعلي كمجموعة مهنية إلى "بير هنريك لينغ" Per Henrik Ling الأب الروحي للجمباز

السويدي الذي أسس المعهد الملكي المركزي للجمباز في ١٨١٣ م للتدليك، والعلاج، والتدريب والكلمة السويدية للعلاج الطبيعي هي "Sjukgymnast" وتعني "لاعب الجمباز المريض". في عام ١٨٨٧، منح معالجو النقاط تسجيل رسمي من جانب السويد والمجلس الوطني للصحة والرعاية الاجتماعية. وسرعان ما تبعها بلدان أخرى. في عام ١٨٩٤ شكلت أربع ممرضات في بريطانيا العظمى جمعية القانونيين في العلاج الطبيعي. وخرجت كلية العلاج الطبيعي في جامعة أوتاجو University of Otago في نيوزيلندا New Zealand في عام ١٩١٣، والولايات المتحدة ١٩١٤ كلية ريد Reed College في بورتلاند بولاية اوريغون state of Oregon ، "مساعدو إعادة التأهيل." http://en.wikipedia.org/wiki/ Physical_Therapy



وكان العلاج يتألف في الأربعينيات في المقام الأول من التمرين، والتدليك، والسحب. وبدأت تمارس الإجراءات اليدوية للعمود الفقري، وخصوصًا في بلدان الكومنولث البريطاني، في أوائل الخمسينيات. في وقت لاحق من ذلك العقد، بدأ العلاج الطبيعي في تجاوز الممارسة في المستشفى، إلى المرضى الخارجيين في عيادات العظام، والمدارس العامة والجامعات، ومراكز إعادة التأهيل، والمستشفيات، والمراكز الطبية.

يعتبر العلاج الطبيعي من العلوم الطبية القديمة وهو مهنة فعالة تقوم على أسس علمية مدروسة وتطبيق سريري واسع الانتشار. إن أخصائي العلاج الطبيعي هو الشخص الذي يقدم خدمات العلاج الطبيعي إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، ويكون حاصلاً على مؤهل جامعي. ويمكن لأخصائي العلاج الطبيعي أن يتخصص في أحد فروع العلاج الطبيعي المتعددة، حيث بإمكانه تقديم خدماته للرضع والأطفال والمراهقين والبالغين وكبار السن ذكورًا وإناثًا لعلاج حالات كثيرة، مثل الإصابات الرياضية واضطرابات العظام والأعصاب والجهاز القلبي والرئوي وغيرها.

كما إن العلاج الطبيعي هو علم فن ويسهم في تطوير الصحة ومنع المرض من خلال فهم حركة الجسم وهو يعمل على تصحيح وتخفيف آثار المرض والإصابة وتشتمل الوسائل على التقييم والعلاج للمرضى والإدارة والإشراف لخدمات العلاج الطبيعي والعاملين به ومشاورة الأنظمة الصحية الأخرى وإعداد السجلات والتقارير والمشاركة في التخطيط للمجتمع والمشروعات والخطط المستقبلية وتقييم البرامج التعليمية

مفهوم العلاج الطبيعي:

تعتبر خدمات العلاج الطبيعي Physical Therapy Services (PTS) أحد انواع العلاج التأهيلي وهي خدمات مرتبطة بقوة العضلات، الحركة، وتنظيم حركة الطفل في البيئة التعليمية (Mattson,2001)، وتحاول هذه الخدمات التعامل مع الإعاقات الوظيفية والمشكلات الحركية من خلال أساليب غير طبية منوعة، ويمكن أن تقوم خدمات العلاج الطبيعي بدور الوقاية من حدوث إعاقة أو قصور وظيفي أو تغير في الوظيفة البدنية أو الصحية التي قد تنتج عن جراحة أو مرض أو أسباب أخري (Smith, 2007:52).



وهكذا يمكن القول أن العلاج الطبيعي هو: " تلك الخدمة التي تقدم من قبل أخصائي العلاج الطبيعي للتلاميذ المحولين للعلاج من أجل تأهيل وإعادة تأهيل الوظائف الحركية والمحافظة عليها، وتخفيف الألم، ومنع حدوث التشوهات أو العجز كلما أمكن ذلك" (القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بوزارة المعارف، الخامسة والخمسون، ١٤٢٢: ٦٢).

ولقد أورد الوابلي (١٩٩٦) تعريفا للعلاج الطبيعي طرحه Sherrill (1986) يوضح المهمة الرئيسة التي ينبغي أن تقوم بها هذه الخدمة بشكل فني بحت، حيث ذكر أن المعالجة يمكن أن تتم عن طريق استخدام وسائل علاجية مادية، كالحرارة والبرودة والضوء والماء والكهرباء والتدليك والتمارين بالإضافة إلى التدريب على استخدام الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة.

أما الجمعية الأمريكية للعلاج الطبيعي American Physical Therapy Association (APTA) فتعرف العلاج الطبيعي بأنه: "تلك الخدمة التي تعتمد على فهم الروابط بين جميع أجزاء الجسم، والتعامل مع الحالة من خلال عملية الفحص ثم التشخيص وحتى علاج المشكلة الحركية، ثم تعليم الشخص الذي يعاني من مشكلة حركية كيفية الاعتناء بهذه المشكلة عن طريق التمرينات المناسبة والأسلوب الأمثل لاستخدام الجسم والحصول على القوة والمرونة الملائمة لمنع انتكاسة الإصابة او تكرارها" (APTA, 2005).

أهمية العلاج الطبيعي:

العلاج الطبيعي جزء متكامل من برنامج العناية الصحية والطبية، وهو يلعب دورًا حيويًا في المحافظة على صحة الفرد والمجتمع، ويسهم أخصائيو العلاج الطبيعي من خلال انشطتهم المهنية في منع وتقويم العجز وحالات الإعاقة الشديدة. وفي الصحة العامة يؤدي أخصائيو العلاج الطبيعي واجبات تشتمل على تخطيط وتنظيم وتقييم وتوضيح وتنسيق وتطبيق برامج العلاج الطبيعي ومشاورة ونصح العاملين بالمهن والمنظمات الأخرى المسهمة في تطوير المفهوم الاجتماعي للدراسات الصحية والقيام بهذه الدراسات من أجل المجتمع.

ومن الجدير بالذكر أن الحاجة إلى العلاج الطبيعي تتزايد في مجالات الصحة المختلفة بشكل مطرد يربو بكثير على ما يمكن توفيره من عاملين مؤهلين في هذا المجال والعوامل كثيرة نذكر بعضها فيما يلي:

(١) التقدم السريع في المعرفة الطبية وفي تطبيق العلاج الطبيعي في منع وعلاج الحالات المتزايدة والمنوعة.

(٢) زيادة المعرفة بمشكلات الأمراض المزمنة والإعاقات البدنية والعقلية، التي نتج عنها امتداد سريع في برامج الرعاية الصحية مشتملة على التأهيل لكل الفئات العمرية.

(٣) تطوير برامج العلاج الطبيعي على المستوى المحلي والدولي في الأقسام الصحية كنتيجة لتحديث انظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم.

(٤) الدراية المتزايدة وفهم أن العناية بالمرضى المزمنين تتطلب طرقاً محددة وتخصصية تأخذ في الحسبان الأوجه النفسية والاجتماعية والتعليمية والمهنية للحالة الطبية.

(٥) زيادة احتياجات البرامج التعليمية وطلبها للخدمات الاستشارية والتعليمية لأخصائي العلاج.

أخصائي العلاج الطبيعي:



أخصائي العلاج الطبيعي هو شخص لديه خلفية طبية فهو يدرس التشريح وعلم أسباب الأمراض وعلم الأمراض وعلاجها (الجراحي – الغير جراحي) الخاص بالاختلال الوظيفي والذي بدوره يؤثر على النظام العضلي.

إن أخصائي العلاج الطبيعي ليس مدلك ولا يقوم بعمل التدليك كما يعتقد الكثير من الناس بل هو الشخص المؤهل والخبير في علاج اختلال النظام العضلي حيث يتميز بقدرته على التحليل الميكانيكي الحركي للجسم وتحديد الحركات الغير طبيعية ومن خلال هذا التحليل يمكن لأخصائي العلاج الطبيعي علاج الخلل الوظيفي بمهارات يدوية علاجية تعجل بعملية الشفاء.

ويعد أخصائي العلاج الطبيعي هو المسؤول عن تخطيط وتنفيذ برنامج العلاج الطبيعي للتلاميذ المحولين للعلاج من أجل تأهيل وإعادة تأهيل الوظائف الحركية والمحافظة عليها، وتخفيف الألم، ومنع حدوث التشوهات أو العجز كلما أمكن ذلك. وهو

الحاصل على شهادة بكالوريوس أو ماجستير أو دكتوراه أو دبلوم (كحد أدنى) في العلاج الطبيعي، وهذا لا يشمل من لا يحمل شهادة علاج طبيعي وإن كان طبيبا، كما لا يشمل حملة الدورات.

يقوم أخصائي العلاج الطبيعي الذي يُعد أحد أعضاء الفريق الطبي بتقييم حالة المريض، بعد تحويلها من الطبيب المختص، وإعداد وتنفيذ الخطة العلاجية. ويمكن استخدام وسائل العلاج الطبيعي التالية:

(١) التمرينات العلاجية، مثل: تمرينات التقوية، والمرونة، والتوازن و التوافق العضلي العصبي، والاسترخاء، والتمرينات الهوائية وتمرينات التنفس .. الخ.

(٢) العلاج المائي، حيث يمكن عمل التمرينات العلاجية داخل أحواض مياه خاصة، بالإضافة إلى استخدامه في تنظيف الجروح والمساعدة في التئامها.

(٣) العلاج اليدوي، بما في ذلك التحريك اليدوي للمفاصل الذي هو عبارة عن حركات تقوم على أسس علمية دقيقة ومهارة عالية، تساعد في تخفيف الآلام وزيادة حركة مفاصل العمود الفقري والأطراف.

(٤) الأجهزة الكهربائية العلاجية، مثل: الليزر، والموجات فوق الصوتية وإعطاء الدواء عن طريق تلك الموجات، والعلاج الكهربائي بالأيونات، والتيار المتداخل، والتنبيه العصبي العضلي، والتنبيه الذاتي للعضلات، والكمادات الباردة والساخنة، والموجات القصيرة، والأشعة تحت الحمراء، وشمع البرافين، وأجهزة شد الفقرات العنقية والقطنية، وأجهزة التمرينات العلاجية المختلفة.

(٥) وسائل العلاج البديل، مثل الإبر الصينية، العلاج بالضغط الموضعي، العلاج بالانعكاسات، العلاج بالطمي (الطين).

(٦) تأهيل المريض باستخدام الأجهزة التعويضية والأطراف الاصطناعية والجبائر المناسبة.

(٧) التدريب والتأهيل للقيام بالنشاطات اليومية المختلفة.

وتتحدد مهام أخصائي العلاج الطبيعي وفقاً لما ورد في دليل القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بالمملكة العربية السعودية (الأمانة العامة للتربية الخاصة، ١٤٢٢) على النحو التالي:

(١) دراسة ملف التلميذ المحول.

(٢) تقييم الحالة المرضية لكل تلميذ من خلال نتائج الاختبارات والمقاييس بغرض وضع خطة علاجية مناسبة تتضمن الوسائل العلاجية المستخدمة والأهداف المتوخاه من العلاج المقترح.

(٣) يحدد الوظائف الحيوية لكل تلميذ وكذلك الاختلال الوظيفي عن طريق مراجعة أوراقه الطبية وسجلاته وإجراء التحديد المبدئي والتقييم.

(٤) تنفيذ الخطة العلاجية لكل تلميذ ومراجعتها كل فترة حسب طبيعة الحالة وتطوير تلك الخطة بما يتفق وتقدم الحالة من أجل تحقيق الأهداف المرجوة.

(٥) يحدد ويطور خدمة العلاج الطبيعي وأهدافها بما يتفق والتشخيص الطبي والمرئيات المرحلية لتقدم الحالة.

(٦) ينفذ ويشرف على التدخل العلاجي الذي يركز على القوام والحركة والقوة والتحمل والتوافق العضلي والعصبي.

(٧) مناقشة حالة التلميذ مع الطبيب المختص.

(٨) إرشاد وإعلام التلميذ وأسرته ببرنامج العلاج الطبيعي وكيفية إتباعه وتطبيقه بطريقة سليمة بالمنزل.

(٩) تسجيل جميع البيانات ونتائج الاختبارات وما يطرأ على حالة التلميذ في النماذج المعدة لذلك ووضعها في ملفه.

(١٠) المشاركة في النشاطات التعليمية والتربوية المختلفة داخل المدرسة وخارجها.

(١١) الالتزام بالقوانين واللوائح والتعليمات المنظمة للعمل.

(١٢) القيام بالمهام الإدارية اللازمة لضبط العمل داخل وحدة العلاج الطبيعي المدرسية.

(١٣) المشاركة في أعمال الفريق متعدد التخصصات.

(١٤) إتباع تعليمات الأمن والسلامة للأجهزة والأشخاص.

(١٥) المشاركة في الدراسات، والبحوث ، والدورات، والندوات، والمؤتمرات في مجال اختصاصه.

ويبرز دور المعالج الطبيعي في مجال العمل مع ذوي الإعاقات في النقاط التالية:

(١) تقييم حالة التلميذ ومعرفة سبب الضعف ثم تفصيل برنامج تأهيلي مناسب يكون التقييم دوريًا ويستمر مدى الحياة.

(٢) المحافظة على مرونة مفاصل وعضلات التلميذ ومنع تيبسها .

(٣) المحافظة على قوة وظائف عضلات التلميذ وزيادة قوة تحملها .

(٤) تأهيل التلميذ ليعتمد على نفسه قدر الاستطاعة وفقاً لإمكاناته.

(٥) تأهيل التلميذ عند الحاجة لاستخدام الأجهزة المساعدة لتحسين وظائف حياته اليومية.

(٦) تكييف التلميذ نفسيًا وجسديًا للتأقلم مع حالته.

(٧) المحافظة على توازن الجسم والتحكم أثناء الحركة في وضعية الجسم.

(٨) المحافظة على أداء وظائف القلب والرئتين.

(٩) تحفيز التلميذ وتشجيعه أن يكون اجتماعيا www.kfshrc.edu.sa.

ويضيف دن (Dunn,1991) فيما أورد القحطاني (٢٠٠٧) حول المسؤوليات التي يضطلع بها أخصائي العلاج الطبيعي مع ذوي الإعاقات:

(١) العمل على تقليل مضاعفة الإعاقة من تشوه أو التواء أو ضعف بالمفاصل أو العظام بالتدريب والمتابعة العلاجية .

(٢) استغلال القدرات الموجودة عند الطفل والعمل على تنميتها وتدريب الطفل على التكيف مع إعاقته وإمكانية اعتماده .

(٣) قيامه بقضاء حاجاته ومتطلباته اليومية بنفسه.

(٤) تدريب الطفل على الحفاظ على توازنه عند الحركة سواء عند الجلوس أو الوقوف أو المشي أو غيره.

(٥) تقديم الأجهزة الطبية المساعدة لهم وتدريبهم على استخدامها.

(٦) وضع الخطة العلاجية المناسبة والتمرينات والتدريبات الملائمة لكل حالة حسب طبيعة العجز.

(٧) تقديم النصائح للأهل عن الأوضاع الجسمية الصحيحة للطفل، ليتم تطبيقها في المنزل.

ويتم توفير العلاج الطبيعي للأطفال والشباب المعوقين بعد إحالتهم من قبل طبيب عام، وفي بعض الولايات الأمريكية تتم الإحالة من قبل ممرضات المدارس والمعلمين والمعالجين الوظيفيين ، وغيرهم من المهنيين لآخرين، والمعالج الطبيعي يقوم بما يلي:

- ☒ التركيز على المهارات الحركية التي تعتمد على العضلات الكبيرة في الجسم التي تشارك في الحركة البدنية العامة
- ☒ توفير العلاج لزيادة قوة العضلات ، والتنقل ، والتحمل.
- ☒ اقتراح بعضت الأنشطة التي تساعد على تحسين وضعية مشي الطالب، وإدراك وضعيه جسمه.
- ☒ استخدام الوسائل المعينة على التنقل والأجهزة.

إن العلاج الطبيعي يعنى في المقام الأول بتطوير وتعزيز الإمكانات المادية الحركية للطلاب ذوي الإعاقة؛ حتى يتمكنوا من تحقيق اقصى قدر من الاستقلالية، وتوظيفها في جميع انشطتهم التعليمية.

مجالات العلاج الطبيعي

نظرًا إلى أن مجال معرفة العلاج الطبيعي كبير جدا، يتخصص بعض المعالجين الطبيعيين في مجالات سريرية محددة. في حين أن هناك العديد من أنواع مختلفة من العلاج الطبيعي، وقد انشأ المجلس الأمريكي لتخصصات العلاج الطبيعي قائمة من سبعة شهادات متخصصة، منها العلاج الطبيعي الرياضي والعلاج السريري الكهربائي. فكما أن مهنة الطب لها تخصصاتها الدقيقة فكذلك العلاج الطبيعي له تخصصاته المختلفة ، ومن بينها:

علاج طبيعي الأطفال:

يساعد العلاج الطبيعي الأطفال في الكشف المبكر عن المشكلات الصحية ويستخدم مجموعة واسعة من الطرق لعلاج اضطرابات الأطفال. ويتخصص هؤلاء المعالجين في تشخيص وعلاج، الرضع والأطفال والمراهقين ومع مجموعة متباينة ومتعددة من الأمراض الخلقية والتنموية والعصبية والعضلية والعظمية، أو الاضطرابات المكتسبة. وتركز العلاجات على التحسين العام والمهارات الحركية والتوازن والتنسيق، والقوة والتحمل وكذلك التكامل الإدراكي والحسي. وأما الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو، والشلل الدماغي، والصلب المشقوق، أو تشوهات الرقبة، فيمكن ان يعالجوا عن طريق المعالجين الطبيعيين للأطفال.

علاج طبيعي مرضى القلب:

يساعد العلاج الطبيعي في علاج أمراض القلب والأوعية الدموية الرئوية وإعادة التأهيل للعلاج البدني عند عدد كبير من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلب، أو أولئك الذين أجريت لهم عمليات جراحية في القلب أو الرئتين. وتشمل الأهداف الرئيسة لهذا التخصص زيادة القدرة على التحمل والاستقلال الوظيفي. كما يستخدم العلاج المختصر في هذا المجال للمساعدة في إزالة إفرازات الرئة مع ذوي التليف الكيسي. والاضطرابات، بما في ذلك النوبات القلبية، بعد جراحة لتغيير الشرايين التاجية، ومرض الانسداد الرئوي المزمن والتليف الرئوي، ويمكن الاستفادة من علاجات القلب والرئة بأساليب العلاج الطبيعي المتخصصة.

علاج طبيعي المسنين الشيخوخة:

يغطي العلاج الطبيعي للشيخوخة عدد كبير من المسائل المتعلقة بكبار السن. وهناك العديد من العوامل التي تؤثر على كثير من الناس عندما يكبرون في السن، وأهم ما تشتمل عليه ما يلي : التهاب المفاصل وهشاشة العظام والسرطان ومرض الزهايمر، واستبدال مفصل

الورك، واضطرابات التوازن، وسلس البول، الخ. ويساعد العلاج الطبيعي كبار العمر في مواجهة هذه المشكلات من خلال وضع برنامج متخصص للمساعدة على استعادة الحركة، والحد من الألم، ورفع مستويات اللياقة البدنية.

علاج طبيعي الأعصاب:

العلاج الطبيعي للأمراض العصبية هو مجال يركز على العمل مع الأفراد الذين لديهم اضطرابات أو أمراض عصبية. ومن بين هذه الأمراض: الشلل النصفي، وأمراض الزهايمر، واعتلال الأعصاب الحركية، وإصابات الدماغ، والشلل الدماغي، والتصلب المتعدد، والشلل الرعاش وإصابات الحبل الشوكي، والسكتة الدماغية. والإعاقات بوجه عام المرتبطة بظروف عصبية تشمل كل من الإعاقات ؛ الرؤية، والتوازن، والمشي، وأنشطة الحياة اليومية والحركة والكلام، وفقدان الاستقلال الوظيفي.

علاج طبيعي العظام:

يلعب العلاج الطبيعي دورا مهما في تشخيص إصابات وأمراض العظام، ومعالجة الاضطرابات والإصابات في الجهاز العضلي الهيكلي بما في ذلك إعادة التأهيل بعد الجراحة العظمية. هذا التخصص في العلاج الطبيعي في أغلب الأحيان، يوجد خارج الأمراض السريرية. ويتم تمرين العظام في علاج ما بعد جراحة العظام والكسور والإصابات الرياضية الحادة، والتهاب المفاصل، والالتواء، وآلام الظهر والرقبة، والحبل الشوكي والبتر، والممارسة العلاجية، وإعادة التأهيل العصبية والعضلية، والحزم / الساخنة الباردة، وتنشيط العضلات والكهربائية (مثل العلاج بالتبريد، والعلاج الكهربائي) وطرائق غالبًا ما تستخدم لتسريع عملية التعافي في وضع العظام.

وسائل العلاج الطبيعي :

يفضل استخدام وسائل العلاج الطبيعي لعلاج الألم والالتهاب وتقلص العضلات بدلاً من الاستخدام المبالغ فيه للأدوية وخاصة المسكنات حيث يؤدي الاستخدام الطويل للمسكنات

إلى مشكلات صحية وخيمة العواقب. فبالنسبة لتأثيرها على الجهاز الهضمي وحموضة المعدة، حيث تؤدي هذه المسكنات إلى إضعاف المادة المسببة للألم في الوقت الذي تشكل فيه هذه المادة أهمية لسلامة الخلايا المبطنة لجدار المعدة، وقد تؤدي أيضًا إلى مشكلات صحية بالكبد وأمراض الكلى.

وهناك وسائل عديدة تستخدم في مجال العلاج الطبيعي، من هذه الوسائل ما يلي:

(١) العلاج المائي:

لقد اثبت هذا النوع من العلاج كفاءة عالية في العلاج حيث يتضمن:

- تدليك (مساج) تحت الماء عن طريق تيارات المياه القوية.
- حرارة الماء الدافئة من ٣٣ – ٣٧ التي تساعد على الاسترخاء.
- تيارات كهربية لتنشيط العضلات والتحكم في الألم.
- التمرينات بمساعدة قوة الدفع لأعلى الموجودة بالماء حيث تخفض قوة الدفع لأعلى في الماء ٥٠٪ من وزن الجسم عن الغمر لمستوى الوسط، و٩٠٪ من وزن الجسم عند غمر الكتفين مما يساعد على أداء التمرينات بدون مجهود كبير على مفاصل وأنسجة العمود الفقري.

ويفيد العلاج المائي في استرخاء العضلات المتقلصة حيث يقوم المريض وهو فوق الماء باستخدام العوامات بالاسترخاء الكامل والإحساس بأن الماء والعوامات تحمل جسده بالكامل. ويمكن استخدام طريقة أخرى لاسترخاء عضلات الظهر والرقبة وهي طريقة القبض ثم الاسترخاء فمثلا للمساعدة في استرخاء عضلات الظهر يرفع المريض وسطه لأعلى قليلا ثم يحفظ على هذا الوضع لثوان ثم يسترخي ومع التكرار يؤدي ذلك إلى استرخاء العضلات. ويمكن استخدام العلاج المائي لتقوية العضلات فمثلا لتقوية عضلات الرقبة نضغط بالرأس لأسفل على العوامة التي تطفوا بالرأس ثم تستريح ثم يكرر ذلك.

ويستعمل العلاج المائي كوسيلة حرارية من أجل تسهيل حركة الأطراف الضعيفة ومساندتها في آن واحد لأن وجودها داخل الماء يقلل من ثقل الجاذبية. واستعمال المغاطس المنزلية (البانيوهات) من الوسائل العملية التي هي في متناول أغلب الناس. أما في المستشفيات

ومراكز التأهيل فتستعمل مغاطس خاصة تحتوي على جهاز لتحريك المياه (الجاكوزي)، وهذه المغاطس ذات أحجام مختلفة منها ما يستعمل لطرف واحد من أطراف الجسم؛ ومنها ما يستوعب الجزء السفلي من الجسم.



كما أن هناك أحواضا كبيرة تتسع للجسم بكامله، وهي مصنوعة من معدن على شكل فراشة تعرف بـ Hubbard & Butterfly Tank ومن ميزاتها انه أثناء جلسات العلاج الطبيعي يمكن مراقبة المريض وإجراء التمارين لكل الأطراف من خارج الحوض. ومن الوسائل المعروفة والمنتشرة برك السباحة، ومنافعها متعددة إذ إنها توفر الدفء وتساعد على تحريك الأعضاء وتؤدي إلى الاسترخاء والشعور بالراحة. كما أنه بالإمكان استعمال المياه الدافئة الطبيعية أو المعدنية كوسيلة ناجحة في حالة توفرها.

(٢) العلاج بالحرارة والبرودة:

وهي من أقدم الوسائل العلاجية الطبيعية المعروفة، ولقد استعملت منذ أقدم العصور، كحرارة الشمس والمياه الساخنة لتخفيف حدة الألم، ولا يزال استعمال الحرارة مألوفاً في الممارسة اليومية، وذلك قبل البدء في عملية التدليك أو التمارين. إذ تساعد الحرارة في علاج آلام الظهر والرقبة فهي تحسن الدورة الدموية وبالتالي الإمداد بالأكسجين والمغذيات الأخرى لأنسجة الظهر أو الرقبة وتقلل من تقلص العضلات وتساعد على غسل النواتج الكيميائية لعملية التمثيل الغذائي التي تتراكم في الأنسجة مسببة الألم.

ويمكن أن يتم استخدام الحرارة عن طريق جهاز الأشعة تحت الحمراء أو استخدام الحرارة العميقة عن طريق جهاز الموجات القصيرة. ويمكن استخدام كمادات ساخنة لمدة عشرين دقيقة ومتاح الآن في الأسواق كمادات من الجيل يمكن وضعها في ماء ساخن لتكون كمادات ساخنة أو في الثلاجة لتكون كمادات باردة ويمكن استبدال ذلك بقربة المياه التي تباع في الصيدليات أو حتى زجاجة المياه مع ملاحظة أن أي نوع من هذه الكمادات لابد أن يلف في فوطة خفيفة ولا توضع على الجسم مباشرة حتى تمتص العرق الناتج.

وهناك عدة طرق عند استعمال الحرارة منها:

(١) ***الكمادات الساخنة:*** يمكن استعمال أنواع بسيطة مثل المناشف المنقوعة بالماء الساخن، أو الأكياس المطاطية المحتوية على ماء دافئ. وفي هذه الحالة تنخفض درجة الحرارة بعد مدة وجيزة من وضعها على الجزء المطلوب علاجه؛ لذا يستوجب تغييرها باستمرار. وهناك أنواع من الكمادات تحتوي على مواد خاصة تحتفظ بالحرارة الثابتة لمدة نصف ساعة على الأقل وهي ذات قياسات مختلفة واستعمالها سهل وشائع وتسمى Hydrocollator.



(٢) ***الاهتزازات فوق الصوتية:*** وهي اهتزازات ميكانيكية غير مسموعة تتحول لدى نفوذها داخل الجسم إلى طاقة حرارية. وللجهاز الذي يولد هذه الاهتزازات رأس معدني مستدير يتصل مباشرة بالجلد بعد مسحه بمادة لزجة تسهل تحريكه بشكل دائري أو خطي في المنطقة المراد علاجها. ومدة العلاج شبيهة بما ورد ذكره في المعالجة بالموجات القصيرة. وتستعمل الاهتزازات فوق الصوتية عندما تكون هناك حاجة لتدفئة منطقة محددة حول المفصل، أو في مناطق غرز الأوتار، أو لدى وجود التصاقات ليفية داخلية. وهي تعمل على التئام الأنسجة وزيادة مرونتها وتقاوم التلفيات

ومراكز التأهيل فتستعمل مغاطس خاصة تحتوي على جهاز لتحريك المياه (الجاكوزي)، وهذه المغاطس ذات أحجام مختلفة منها ما يستعمل لطرف واحد من أطراف الجسم؛ ومنها ما يستوعب الجزء السفلي من الجسم.



كما أن هناك أحواضا كبيرة تتسع للجسم بكامله، وهي مصنوعة من معدن على شكل فراشة تعرف بـ Hubbard & Butterfly Tank ومن ميزاتها أنه أثناء جلسات العلاج الطبيعي يمكن مراقبة المريض وإجراء التمارين لكل الأطراف من خارج الحوض. ومن الوسائل المعروفة والمنتشرة برك السباحة، ومنافعها متعددة إذ إنها توفر الدفء وتساعد على تحريك الأعضاء وتؤدي إلى الاسترخاء والشعور بالراحة. كما أنه بالإمكان استعمال المياه الدافئة الطبيعية أو المعدنية كوسيلة ناجحة في حالة توفرها.

(٢) العلاج بالحرارة والبرودة:

وهي من أقدم الوسائل العلاجية الطبيعية المعروفة، ولقد استعملت منذ أقدم العصور، كحرارة الشمس والمياه الساخنة لتخفيف حدة الألم، ولا يزال استعمال الحرارة مألوفًا في الممارسة اليومية، وذلك قبل البدء في عملية التدليك أو التمارين. إذ تساعد الحرارة في علاج آلام الظهر والرقبة فهي تحسن الدورة الدموية وبالتالي الإمداد بالأكسجين والمغذيات الأخرى لأنسجة الظهر أو الرقبة وتقلل من تقلص العضلات وتساعد على غسل النواتج الكيميائية لعملية التمثيل الغذائي التي تتراكم في الأنسجة مسببة الألم.

ويمكن أن يتم استخدام الحرارة عن طريق جهاز الأشعة تحت الحمراء أو استخدام الحرارة العميقة عن طريق جهاز الموجات القصيرة. ويمكن استخدام كمادات ساخنة لمدة عشرين دقيقة ومتاح الآن في الأسواق كمادات من الجيل يمكن وضعها في ماء ساخن لتكون كمادات ساخنة أو في الثلاجة لتكون كمادات باردة ويمكن استبدال ذلك بقربة المياه التي تباع في الصيدليات أو حتى زجاجة المياه مع ملاحظة أن أي نوع من هذه الكمادات لابد أن يلف في فوطة خفيفة ولا توضع على الجسم مباشرة حتى تمتص العرق الناتج.

وهناك عدة طرق عند استعمال الحرارة منها:

(١) ***الكمادات الساخنة:*** يمكن استعمال أنواع بسيطة مثل المناشف المنقوعة بالماء الساخن، أو الأكياس المطاطية المحتوية على ماء دافئ. وفي هذه الحالة تنخفض درجة الحرارة بعد مدة وجيزة من وضعها على الجزء المطلوب علاجه؛ لذا يستوجب تغييرها باستمرار. وهناك أنواع من الكمادات تحتوي على مواد خاصة تحتفظ بالحرارة الثابتة لمدة نصف ساعة على الأقل وهي ذات قياسات مختلفة واستعمالها سهل وشائع وتسمى Hydrocollator.



(٢) ***الاهتزازات فوق الصوتية:*** وهي اهتزازات ميكانيكية غير مسموعة تتحول لدى نفوذها داخل الجسم إلى طاقة حرارية. وللجهاز الذي يولد هذه الاهتزازات رأس معدني مستدير يتصل مباشرة بالجلد بعد مسحه بمادة لزجة تسهل تحريكه بشكل دائري أو خطي في المنطقة المراد علاجها. ومدة العلاج شبيهة بما ورد ذكره في المعالجة بالموجات القصيرة. وتستعمل الاهتزازات فوق الصوتية عندما تكون هناك حاجة لتدفئة منطقة محددة حول المفصل، أو في مناطق غرز الأوتار، أو لدى وجود التصاقات ليفية داخلية. وهي تعمل على التئام الأنسجة وزيادة مرونتها وتقاوم التلفيات

التي يسببها الالتهاب وتحسن الدورة الدموية الواردة وهي عموما تنبه أغلب العمليات الحيوية للأنسجة ومضاد للالتهاب.

(٣) ***حمامات الطين:*** وهي عبارة عن غمس الجسم أو جزء منه في طمي أو طين يحتوي على املاح أو مواد بركانية تولد الحرارة، وتفيد في بعض أمراض المفاصل.

(٤) ***اشعة الليزر:*** وهي تؤدي إلى نتائج شبيهة بنتائج الحرارة الداخلية المذكورة، ولكن تختلف عنها من ناحية ان منشأها من طاقة ضوئية.

(٥) ***مغاطس البرافين او الشمع:***



ويستعمل البرافين الذائب والطري لتدفئة الأجزاء التي تصعب تغطيتها كليًا بالحرارة الملتصقة العادية، كما هو الحال بالنسبة إلى الأصابع والرسغ والمرفق.

(٦) ***العلاج بالبرودة:*** واستعماله محدود بالمقارنة مع العلاج الحراري. ومصدر الصقيع قد يكون عبر أكياس مثلجة، أو الكمادات الباردة، أو الرذاذ البارد. وتشتمل المعالجة بالبرودة في حالات آلام المفاصل وتجمدها ولتخدير الألم الناتج عن تمزق العضلات والتواء المفاصل والأربطة.

ومن نواهي استخدم الحرارة:

يمنع استعمال الحرارة في حالات الالتهابات والرضوض الحادة وذلك ريثما يزول التفاعل الأولي للمرض. ويجب ألا تستعمل الحرارة العميقة في الحالات التالية:

(١) انسداد الأوردة والشرايين، وفي حالة النزف،

(٢) وجود أجزاء معدنية داخل المفصل أو العظم.

(٣) في المناطق التي يوجد بها ورم سرطاني.

(٤) بجوار الرحم لدى المراة الحامل.

(٥) خلال فترة الحيض لدى المراة.

ويجب أخذ الحيطة في استعمال الحرارة عندما يكون هناك واحد مما يلي:

(١) لدى الأطفال الرضع.

(٢) عندما لا يشعر الفرد بالعضو المصاب.

(٣) الأشخاص الذين يشكون من اضطرابات نفسية تجعلهم عاجزين عن الإبلاغ عن مدى الإحساس بالسخونة مما قد يؤدي إلى حرق بالجلد.

(٣) التدليك (المساج) :



يستعمل التدليك لتخفيف الألم والتشنج العضلي وتحسين الدورة الدموية الواردة للأنسجة وخفض الألم. وهو علاج مساند لسائر المعالجات الفيزيائية كما هو شأن العلاج الحراري. ولا يستعمل التدليك منفرداً في المعالجات الطبية إلا في حالات نادرة. ولقد بلغت شعبية التدليك انتشاراً واسعاً لدى العامة.

يستعمل التدليك عقب إصابات الأنسجة اللينة، أو بعد التواء المفاصل والأربطة، وفي حالات الكدمات والكسور، وتوتر العضلات وألمها خصوصاً في الرقبة والظهر. كما يستعمل لتليين الندبات واللصوقات والتليف الجلدي والعضلي.

ويستعان أحياناً بالهزاز الميكانيكي للحصول على نتائج مماثلة للعلاج بالتدليك اليدوي، ولكن هذه الوسيلة الاصطناعية لا توازي جودة العلاج اليدوي.

التأثير الفسيولوجي والميكانيكي للتدليك:

إن التدليك يؤدي إلى زيادة جريان الدم وتوسع الأوردة، وتخفيف الورم، كما أنه يسهم في تمزيق التليف واللصوقات في النسيج الضام وبالإضافة إلى ذلك فإنه يعزز تغذية العضلات ويزيل التشنج والألم، ويساعد على الاسترخاء.

اما الانطباع السائد بأن التدليك يمنع الضمور العضلي أو يخفف من تراكم المواد الدهنية، فإن ذلك غير صحيح وينافي الحقيقة.

أنواع التدليك:

أولا: التدليك السطحي: وهو الذي يتناول الجلد وما دونه، ويؤدي إلى تحسين الدورة الدموية ويخفف من توتر الأعصاب.

ثانيا: التدليك بعجن العضلات: وهو عبارة عن دعك العضلات، مما ينشط الدورة الدموية ويلين العضل ويخفف انكماشه.

ثالثا: التدليك بواسطة القرع: وهو يتم بتوجيه ضربات خفيفة منتظمة بواسطة اليد والأصابع، تؤدي إلى ارتجاج داخلي في العضلات والأعضاء.

وإلى جاب هذه الأساليب الرئيسة فإن هناك أنواعًا عديدة من التدليك تعتمد على التدليك المركز أو العميق، أو التدليك الذي يرتكز على التجاوب الانعكاسي للأعضاء الداخلية إثر ملامسة عضلات الظهر والأطراف، والضغط عليها بالأصابع في اتجاه خطي أو بشكل دائري.

(٤) العلاج الكهربائي:

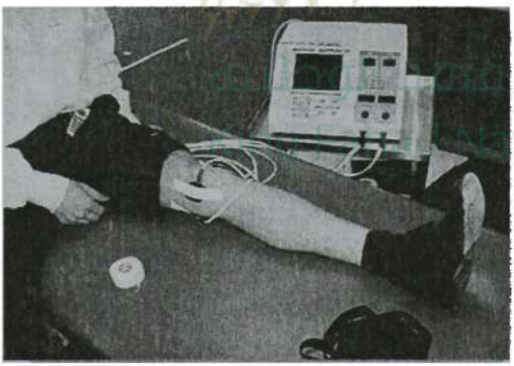


لقد تطور هذا النوع من العلاج في السنوات الأخيرة نظرًا إلى التقدم التقني واستحداث اشكال جديدة من التيار الكهربائي المستعملة للعلاج الطبي، ولا بد من الإشارة إلى أن تجاوب الجسم الطبي واندفاعه لاستعمال هذه الوسائل الكهربائية يختلف من مجموعة إلى أخرى. فقد نجد في بعض المراكز حماسًا للاستفادة من هذه التجهيزات المعقدة والمكلفة، بينما نرى في مراكز اخرى إقبالاً متواضعًا على استعمالها. ويمكن القول باختصار أن الفائدة الكبرى للعلاج الكهربائي هي التي تعود للآلات التي تصدر الحرارة

الداخلية بمختلف أشكالها كما ذكرنا سابقاً .

وللعلاج الكهربائي مناصروه بين المرضى وذويهم الذين يعتقدون أن منافعه تفوق الواقع، ومعارضيه اعتقاداً منهم ان له تأثيرات سلبية. ومن هذا المنطلق يتوجب على المعالج الفيزيائي أيضاح مفعول الكهرباء والتأكيد أنه ليس لها مخاطر إذا استعملت بالشكل الصحيح. كما يجب متابعة الصيانة للمعدات الكهربائية والتأكد من توصيلها بالأرض وذلك لتلافي الصعق الكهربائي.

وتلجأ بعض مراكز العلاج الطبيعي إلى الاستعانة بالتيار الجلفاني المستمر لمدة تتراوح بين عشر دقائق وعشرين دقيقة قبل البدء بسائر أنواع المعالجات، وذلك بغية تخفيف الألم وتشنج العضلات. كما يمكن استعمال هذا النوع من التيار الكهربائي لنقل بعض المواد الكيماوية لمعالجة بعض أمراض الجلد ولتحسين الدوران الدموي المحلي، أو لتخفيف الألم. وتعرف هذه الطريقة بنقل الأيونات علماً ان استعمالها فقد الكثير من أهميته بعدما تقدم العلاج بالمراهم والأدوية النوعية.



أما تنبيه العضلات بواسطة التيار الكهربائي فإنه يتم عبر التيار المتناوب بعد ضبط نوع التموجات الكهربائية ومدتها، فتعطي أفضل النتائج دون أن تسبب إزعاجاً للمريض. وتستعمل هذه الوسيلة للتقليص الاصطناعي للعضلات المشلولة أو الضعيفة، خصوصاً بعد إصابة أعصاب الأطراف أو وصلها جراحياً .

وهناك طريقة شائعة حديثاً تعرف بـ Transcutaneos Electrical Nerve Stimulation (TENS). وهي كناية عن تنبيه المنطقة المتألمة والمتشنجة بواسطة مسرى كهربائي سطحي، وتمرير تيار ضعيف من الكهرباء يؤدي إلى انعكاس في الدماغ وإفراز مواد مخففة للألم.

ثانيا : خدمة العلاج الوظيفي Occupational Therapy Service

إن الهدف الرئيس للعلاج الوظيفي هو تطوير استقلالية الفرد على أداء الواجبات والأعمال باستقلالية والحد من اعتماده على الغير، وتحسين قدراته الشخصية والاجتماعية والمهنية ودمجه في مجتمعه والتغلب على جوانب القصور أو العجز الناتج عن الإصابة. وهي مهنة تعمل في مجالات الوقاية، والتأهيل، وإعادة التأهيل، والتدريب والدمج المدرسي والمهني.

بالإضافة إلى انه يسعي إلى تزويد الفرد بالمهارات المتعلقة بالعمل. ويهدف العلاج الوظيفي إلى تحسين نمو تطور الشخص، وزيادة استعداداته للاستقلالية، ومنع العجز الناتج عن الإعاقة، كما يركز على الكيفية التي يقضي بها الأفراد أوقاتهم كي ينجزوا الأدوار المنوطة بهم في الحياة ضمن بيئات متعددة.



إن ما يجعل العلاج الوظيفي مهنة مميزة ضمن مجال التأهيل الطبي هو النظرة المتكاملة للشخص ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يهتم أخصائي العلاج الوظيفي بالصحة الجسمية والنفسية بما في ذلك المشكلات النفسية المصاحبة للإعاقة أثناء وبعد عملية التأهيل وتهيئة الشخص نفسيا لتقبل حالته ومن ثم التكيف مع هذا الوضع الجديد.

يمكن القول إذن أن العلاج الوظيفي مهنة خاصة تعنى بشؤون العلاج والتأهيل والإرشاد لفئات مختلفة في المجتمع وفئات مختلفة من العمر وذوي صعوبات متباينة في كافة مجالات الأداء – البدني، والحسي، والعقلي، والنفسي، ومجالات الاستقلالية في الحياة اليومية. فمثلاً يعالج أطفالاً في مرحلة الطفولة المبكرة الذي يعانون من تأخر في مهارات النمو، أو الحركة، أو الحس، أو المهارات الذهنية، كما يعالج فئة كبار العمر من الذين فقدوا القدرة على الأداء المستقل في الحياة اليومية ويعانون من هبوط في مستوى الأداء الذهني مثل الذاكرة أو الإصابة في الذاكرة وعدم القدرة على التمييز والعناية بالذات.

ويشكل الأطفال نسبة عالية من الأشخاص المستفيدين من خدمات العلاج الوظيفي. وغالبا ما يعاني هؤلاء الأطفال من إصابات الدماغ ، أو ضعف الانتباه والنشاط الزائد، أو تأخر في النمو أو مشكلات في الحواس.. وغيرها من المشكلات والإعاقات الأخرى. ويركز العلاج الوظيفي على تطوير المراحل النمائية لدى الطفل بالإضافة إلى مهارات اللعب ، والمهارات الاجتماعية، ومهارات اليد الدقيقة.

وتعتبر برامج العلاج الوظيفي من العناصر الرئيسة التي تستند إليها برامج التربية الخاصة سواء في مدارس التربية الخاصة وفصولها، أو في مدارس الدمج في التعليم العام وفصوله، ويقوم بالإشراف على هذا البرنامج أخصائي العلاج بالعمل والذي يرتكز عمله على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية في المدرسة، بشكل رئيس على أداء الأطراف العليا الدقيقة في الجسم، خاصة حركة الأصابع، واليدين، والذراعين ويتم ذلك على النحو التالي:

- تقويم الحركات الدقيقة في القسم الأعلى من الجسم .
- تنمية البراعة اليدوية.
- تنمية التآزر الحركي - الحسي.
- تنمية مهارات الحياة اليومية.
- تنمية قدرة الطفل على التحكم في عضلاته.
- التدريب على استخدام الأجهزة المساعدة على التنقل والحركة.
- توظيف أوقات الفراغ واستغلالها.
- تنمية مهارات العناية بالنفس،

أهمية العلاج الوظيفي :

إن ما يجعل العلاج الوظيفي مهنة مميزة ضمن مجال التأهيل الطبي هو أنه علم وفن تقييم ومعالجة الأشخاص ذوي الإعاقات (الحركية والنفسية) من جميع النواحي الجسدية والنفسية والإدراكية من جميع الفئات العمرية . وأن ذلك العلم ينظر للفرد نظرة متكاملة

للشخص ذي الإعاقة، حيث يهتم أخصائي العلاج الوظائفي بالصحة الجسمية والنفسية بما في ذلك المشكلات النفسية المصاحبة للإعاقة أثناء وبعد عملية التأهيل وتهيئة الشخص نفسيا لتقبل حالته ومن ثم التكيف مع هذا الوضع الجديد.

مفهوم العلاج الوظيفي :

عرفت المنظمة العالمية للعلاج الوظيفي (WFOT) هذا النوع من العلاج بأنه: " هو التخصص الطبي الذي يقوم باستخدام الأنشطة العلاجية الهادفة بغرض الوصول إلى الاستقلالية في انشطة الحياة المختلفة. كما أن العلاج الوظيفي يقوم بالتعامل مع جميع الأفراد الذين يعانون من إصابات جسدية ، عقلية إدراكية أو حسية مع مراعاة الجوانب النفس اجتماعية و البيئية لكل حالة . ويكون الهدف إكساب الفرد المهارات اللازمة لممارسة انشطة حياته (العناية بالذات، العمل ، اللعب، الأكل، ارتداء الملابس، ممارسة الهوايات....) بطريقة مُرْضية" http://www.health.gov .



لقد عرف باميلا (Pamela, 1995) العلاج الوظيفي بأنه: "تلك الخدمة التي تقدم من قبل أخصائي العلاج الوظيفي وذلك بهدف تحسين أداء الشخص وزيادة استعداداته للاستقلالية ومنع تطور العجز الحركي لديه".

أما قانون تربية الأفراد ذوي الإعاقات (Individual with Disabilities Education Act (IDEA), 1997) فقد عرف خدمة العلاج الوظيفي بأنها: "تلك الخدمة التي تعمل على تحسين قدرة الطفل الحركية للاستفادة من البرامج التربوية الخاصة المقدمة له "

وهكذا يمكن أن نعرف العلاج الوظيفي بأنه :"الخدمة التي تهدف إلى تحسين تطوّر الشخص، وزيادة استعداداته للاستقلالية، والتقليل من تأثير العجز الناتج عن الإعاقة، كما يركز على

الكيفية التي يقضي بها الأفراد أوقاتهم كي ينجزوا الأدوار المنوطة بهم في الحياة ضمن بيئات متعددة".



ويهدف العلاج الوظيفي إلى إعادة وظائف أعضاء المريض إعادة كاملة أو لأعلى مستوى ممكن، بحيث يمكن للشخص المريض العيش بالمنزل أو المحيط الاجتماعي.

ويكمن دور خدمات العلاج الوظيفي في تحسين أداء الفرد والتغلب على جوانب القصور أو العجز الناتج عن الإصابة. كما يعمل العلاج الوظيفي أيضًا على تحسين قدرة الفرد على أداء الواجبات والأعمال باستقلالية والحد من اعتماده على الغير.

دور أخصائي العلاج الوظيفي :

أخصائي العلاج الوظيفي هو شخص متخصص في التعامل مع مشكلات القصور الحركي ومشكلات الإدراك التي تؤثر على الأداء الأكاديمي للطفل في المدرسة، وهو متخصص في تصميم وتقديم النشاطات والمواد التّعليمية التي تساعد الأطفال والبالغين المعوقين على المشاركة في العمل وما يتعلق به من نشاطات، بالإضافة إلى مهارات الحياة اليومية المفيدة، كما يطلق عليه أيضًا أخصائي العلاج بالعمل.

وقد أشارت الجمعية الأمريكية للعلاج الوظيفي American Occupational Therapy Association، بأن من مهام أخصائي العلاج الوظيفي مع الأطفال ذوي الإعاقة تكمن في تحسين قدرة هؤلاء التلاميذ على المشاركة في مهارات وأنشطة الحياة اليومية، حيث يسعى هذا الأخصائي إلى استخدام جميع الخبرات الفريدة التي يمتلكها لمساعدتهم ليكونوا قادرين على تعلم المهارات اللازمة والمشاركة في تلك الأنشطة المتعلقة بالمدرسة، كما يعمل هذا الأخصائي على مساعدة ودعم اكتساب المهارات الأكاديمية كالكتابة أو حتى المشاركة في الأنشطة الاجتماعية (AOTA, 1999).

ويعتمد أخصائيو العلاج الوظيفي في علاجهم على استخدام الأنشطة الهادفة بما فيها أنشطة الحياة اليومية والعناية الذاتية والتمارين الوظيفية والأنشطة المهنية والألعاب العلاجية والأنشطة الفنية والأشغال اليدوية. حيث تساعد هذه الأنشطة على تطوير القدرات الحركية والجسمية والعقلية وتنمية ثقة الفرد المعوق بنفسه، واعتماده على ذاته. كذلك تساعده على إدراك إمكانياته الذاتية وتقبلها والمساعدة على التكيف المهني مستقبلاً .

اما مهام أخصائي العلاج الوظيفي بمدارس التربية الخاصة وفقًا لما ورد في دليل القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة (الأمانة العامة للتربية الخاصة ، ١٤٢٢) فهي على النحو التالي:

(١) المشاركة في التعرف على التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ضمن الفريق المختص.

(٢) القيام بالتقويم الشامل للتلميذ بهدف التعرف على احتياجاته من خدمات العلاج الوظيفي.

(٣) المشاركة في إعداد وتنفيذ وتقييم ومتابعة الخطط التربوية الفردية للتلاميذ مثل:

أ. تنمية الاستجابات الحركية من خلال أنشطة اللعب.

ب. تدريب التلميذ على المهارات الاستقلالية كتغيير الملابس، والنظافة الشخصية.

ج. تقييم البيئة التعليمية وعمل التعديلات اللازمة لتسهيل حركة التلاميذ وجلوسهم.

د. تقييم مهارات ما قبل الكتابة، ومهارات الحركة الدقيقة، والتآزر، وتدريب التلاميذ عليها كل حسب احتياجه.

هـ. تدريب التلاميذ على استخدام الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية (حسب الحاجة).

(٤) تقديم الخدمات الاستشارية للمعلمين وأسر التلاميذ فيما يخص تنفيذ برامج العلاج الوظيفي.

(٥) المشاركة في الدراسات، والبحوث ، والدورات، والندوات، والمؤتمرات في مجال اختصاصه.

بالإضافة إلى ما سبق فإن من مهام المعالج الوظيفي أيضًا ما يلي:

(١) الإحالة إلى مصادر المساعدة الرئيسة التي تقدمها المؤسسات الاجتماعية لذوي الإعاقة.

(٢) تدريب المعلمين على المعدات والأجهزة المساعدة التي يستخدمها المعاق في المدرسة.

(٣) المساعدة في الحصول على الأجهزة التعويضية المساعدة على الحركة والتنقل.

(٤) التنسيق مع المسؤولين عن برامج التربية الخاصة في المدرسة.

(٥) تدريب الأسرة على بعض التمرينات والأنشطة الحركية التي من الواجب متابعتها مع المعاق في المنزل.



(٦) تعليم مهمّات وظيفية تتناسب مع العمر، والنضج، والقدرة، والعجز، ومظاهر النمو عبر مراحل الحياة المختلفة.

(٧) تقييم جوانب الدعم والموانع البيئية، والتوصية بمدى الحاجة إلى التعديل فيها.

(٨) تكييف المهمات او تعديلها.

(٩) تكييف المواد، والتوصية بأجهزة تكنولوجيا مساعدة، واختيار الجهاز أو الأداة المعدلة أو المكيفة المناسبة.

(١٠) تنمية المهارات الاجتماعية والشخصية، التي تساعد على التفاعل الإيجابي في المدرسة، والمجتمع، والمنزل، والعمل.

(١١) تعليم الآخرين والتعلم منهم، سواء في المنزل، أو في قاعة الدرس، أو في المجتمع، أو في مكان العمل. بالإضافة إلى تطوير برامج للوالدين وجميع افراد العائلة.

(١٢) تعزيز الدفاع الذاتي، وتجنب المخاطر، والمحافظة على الصحة.

(١٣) تصميم برامج، والمساعدة في كتابة الخطط التربوية الفردية.

ويمكن أن نجمل دور المعالج الوظيفي، فيما يلي:

أ- في التقييم، يتمثل دوره فيما يلي:

❖ يقيم البيئة الاجتماعية والإنسانية المحيطة التي يحيا ويعمل فيها الشخص.

❖ يقيم مهارات وقدرات الشخص نتيجة صعوبات أو إصابات أو أمراض أو تقدم في السن.

❖ يقيم تأثير الإعاقة على نشاطات الحياة اليومية وإنتاجية الشخص.

ب- في الوقاية والتي تشمل التأهيل الحسي، والصحة الذهنية، والوقاية من التشوهات، وتوفير الأمان والراحة حيث يقوم بما يلي :

❖ توجيه وتدريب الشخص المعني وعائلته على طرق وأساليب وقائية.

❖ المشاركة في الإرشاد والتوجيه ضمن الهيئات والجمعيات الأهلية والمراكز الصحية.

ج- في إعداد وتطبيق البرامج العلاجية من خلال الآتي:

❖ يضع الأهداف وخطوات التدريب ويواكب الشخص المعني وعائلته في إعداد وتخطيط مستقبله.

❖ يعمل على إقامة علاقة وثيقة ومتابعة نفسية للفرد المصاب.

❖ يعمل على تحسين وضع الفرد في بيئته من خلال تدريبه على القيام بنشاطات الحياة اليومية في المنزل وفي مكان العمل.

❖ يقوم بابتكار وتنفيذ وصيانة أجهزة أو أدوات مساعدة وقائية، تأهيلية وتقويمية.

(١) يساعد على إعادة الدمج المهني، والمدرسي، والاجتماعي للفرد من خلال ما يلي:

❖ تطوير المهارات التواصلية والتعليمية في الدمج المدرسي.

❖ التدريب المهني في الدمج المهني.

❖ ابتكار وتنفيذ تعديلات أساسية وهندسية للأثاث، ولأماكن السكن، والعمل، وتنقل الأفراد.

وقد أشارت المنظمة العالمية للعلاج الوظيفي (WFOT) إلى انه ينبغي ان تتوفر في المعالج الوظيفي عددًا من الكفايات المهنية أهمها ما يلي:

(١) السمات الشخصية: المعالجون الوظيفيون يبدون استقامة شخصية، ثقة، آفاق واسعة وولاء لكل مجالات وظيفتهم المهنية .



(٢) النظم الأخلاقية: تصف هذه النظم فئات عامة في السلوك اللائق للمعالجين الوظيفيين في أي ظروف مهنيه، و من المعروف أن أي دائرة مهنيه يكون لها نظم مفصله لاحتياجاتها.

(٣) المسؤولية تجاه متلقي خدمات العلاج الوظيفي : المعالجون الوظيفيون يتوجهون لكل متلقي الخدمات بالاحترام والأخذ في الاعتبار أوضاعهم الشخصية.

(٤) عند تقديم الخدمات على المعالِجين الأخذ بعين الاعتبار القيم ، الأولويات والقدرة على المشاركة بينهم وبين متلقي الخدمات.

(٥) على المعالج الوظيفي عدم التمييز بين الأفراد بسبب العرق، اللون، الإعاقة، العجز، القومية، الجيل، الجنس، الميول الجنسية، الدين، المعتقدات السياسية أو المكانة الاجتماعية .

(٦) يجب ضمان سرية المعلومات الشخصية لمتلقي الخدمات ونقل المعلومات يتم بموافقة الشخص فقط.

(٧) السلوك المهني اللائق بالعمل المشترك : المعالجون الوظيفيون يدركون الحاجة للعمل المهني المشترك واحترام الإسهامات الفريدة من مهنيين آخرين.

(٨) إسهامات المعالجين الوظيفيين بالتعاون المهني تعتمد على الأداء الوظيفي وتأثيره على الصحة ورفاهية الناس.

(٩) تطوير المعرفة المهنية : المعالجون الوظيفيون يشاركون في التطوير المهني من خلال دراسة مستمرة وتطبيق معرفتهم ومهاراتهم المكتسبة في مجالات عملهم المهني .

(١٠) عند الاشتراك ببحوث علمية على المعالجين الوظيفيين احترام المضامين الأخلاقية المتعلقة بإجراء هذه البحوث .

(١١) التقدم والتطور: المعالجون الوظيفيون ملتزمون بتحسين وتطوير المهنة بشكل عام ويهتمون بترويج وتعميم المهنة لمؤسسات مهنيه أخرى وهيئات حكومية على المستويات المحلية، والدولية والعالمية.

المشكلات التي تتطلب علاجًا وظيفيًا والمتطلبات المهنية :

أ - المشكلات التي تتطلب علاجًا وظيفيًا :

- ❖ مشكلات الإدراك (التناسق أو التآزر بين حركة اليد والعين).
- ❖ صعوبات حركة الأعضاء الكبرى (الساقين والجذع).
- ❖ مشكلات حركة الأعضاء الصغرى (الأصابع، الأيدي).
- ❖ مشكلات حسّية وانفعالية(بصرية، سمعية، لمسية، وتعبيريه: ابتسام، حزن، فرح، بكاء).
- ❖ مشكلات تنظيمية (صعوبات التذكر، وفهم الوقت، والمفاهيم المكانية).
- ❖ صعوبات تركيز الانتباه.
- ❖ مشكلات شخصية (صعوبة متعلقة بالبيئة المدرسية والاجتماعية).

ب - المتطلبات المهنية :

- ❖ متطلبات جسمية يتطلبها العمل.
- ❖ الشروط البيئية الخاصة بالعمل.
- ❖ التحضير المهني الذي يتطلبه العمل.

يتم توفير العلاج المهني من قبل المعالجين الذين يركزون على تقييم وعلاج الأطفال المعوقين الذين يعانون من مشكلات تعيق قدرتهم على أداء مهارات الحياة اليومية ولذلك يركز المعالج الوظيفي على :

- ☒ أنشطة الحياة اليومية ، مثل الأكل والملابس.
- ☒ المدرسة ومهارات العمل مثل: الكتابة، واستخدام المقص ، وإدارة الكتب والأوراق، والجلوس في الصف بشكل فعال .
- ☒ اللعب ومهارات الترفيه، مثل: المشاركة في التربية البدنية او الفنية أو اللعب مع الأطفال في عطلة.

يهدف العلاج المهني تعزيز قدرة الطالب على أداء الوظائف المطلوبة منه في برنامج التعليمي من خلال التركيز على مهارات الحياة اليومية ، والعلاج الوظيفي في كثير من الأحيان يمكن أن تساعد الطلاب على الفرد على العمل في البيئة الأقل تقييداً. عموما يقوم العلاج الوظيفي بما يلي:

- ☒ توفير العلاج لتعزيز وتطوير الوظائف الحركية.
- ☒ التركيز على علاج العضلات الصغيرة وخاصة عضلات الوجه ، والجذع والذراعين واليدين.
- ☒ تحسين قدرة الطالب على أداء المهام التي يلزم القيام بها على نحو مستقل، مثل المضغ والبلع ، وتحريك اللسان والفم للتحدث بطريقة تتسم بالطلاقة، والتناسق في حركة العين ، والبراعة اليدوية.

الفرق بين أخصائي العلاج الوظيفي وأخصائي العلاج الطبيعي :

يهتم أخصائي العلاج الوظيفي بتنمية المهارات الحركية الدقيقة في الجزء الأعلى من الجسم، والتي تعد من أكثر جوانب القصور التي يعانيها الطلاب ذوو صعوبات التعلم، والطلاب ذوو الإعاقة العقلية البسيطة، والطلاب الذين يعانون من إعاقات بصرية وسمعية. ولا يقتصر دور أخصائي العلاج الوظيفي في العمل المباشر مع الطفل في المدرسة، بل يمتد دوره إلى تقديم الخدمات المناسبة للطفل وأسرته وللمعلمين، ويعمل المعالج الوظيفي على مساعدة الطلاب إما بشكل فردي أو في مجموعات صغيرة أو يعمل كمستشار للمعلم أو للقائمين على تعليم المعاق ذهنياً وتدريبه.

أما أخصائي العلاج الطبيعي فهو يهتم ويركز على تنمية المهارات الحركية الكبيرة الخاصة بالجزء الأسفل من الجسم، والتي هي على درجة كبيرة من الأهمية في عملية التنقل والحركة.

الفئات المستهدفة بالعلاج الوظيفي:

(١) الأطفال الذين يعانون من الإعاقة الفكرية، وصعوبات التعلم.

(٢) الأطفال ممن لديهم إعاقات منذ الولادة، أو في مرحلة الطفولة، كمتلازمة داون، والشلل الدماغي، وإصابات الحبل الشوكي.

(٣) الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية، والنشاط الحركي الزائد، التوحد.

(٤) الأطفال(في المراحل الدراسية الأولى) الذين يظهر لديهم قصور في أداء المهارات الحركية الدقيقة ، الأمر الذي يؤثر على الأداء الوظيفي أثناء ممارسة أنشطة الحياة اليومية. مثال(ضعف عضلات الرسغ والأصابع، يضعف القدرة على الإمساك والتحكم بالقلم اثناء الكتابة مما يؤثر على الكفاءة في المدرسة أو في الوظيفة).

(٥) الأفراد ذوو الإعاقات الناتجة عن الأمراض أو الحوادث، كالسكتة الدماغية، وإصابات الرأس، وإصابات العمود الفقري، وإصابات الأعصاب الطرفية والأوتار، والحروق.

الخدمات التي يقدمها العلاج الوظيفي:

يعتمد أخصائيو العلاج الوظيفي في علاجهم على استخدام الأنشطة الهادفة بما فيها أنشطة الحياة اليومية والعناية الذاتية والتمارين الوظيفية والأنشطة المهنية والألعاب العلاجية والأنشطة الفنية والأشغال اليدوية.



حيث تساعد هذه الأنشطة على تطوير القدرات الحركية والجسمية والعقلية وتنمية ثقة الفرد المعوق بنفسه، واعتماده على ذاته . كذلك تساعده على إدراك إمكانياته الذاتية وتقبلها والمساعدة على التكيف المهني مستقبلاً

كما أن هذه الخدمات تشمل تقييم وعلاج حالات المرضى من الأطفال والكبار الذين يعانون من إصابة بدنية أو علة مرضية أو عجز خلقي في النمو أو بسبب كبر العمر أو بسبب

اضطراب نفسي أو اجتماعي، مما يحد من أو يهدد قدراتهم على القيام بأعباء الحياة اليومية.
ومن بين هذه الفئات:

(١) **الأطفال المصابون بالشلل الدماغي:** وذلك من خلال تقديم أنشطة اللعب التي تتطلب استعمال اليدين وتأمين المعدات التي من شأنها أن تجعل الطفل يتكيف مع البيئة وتمنع حدوث التقلص الدائم للعضلات، وتعمل على تطوير مهارة الطفل على حمل الأشياء إلى جانب تعلم القيام بأنشطة الحياة اليومية. ويتم تقديم هذه الأنشطة بحيث يراعى فيها أن تكون متناسبة مع عمر الطفل المريض حتى تكون قادرة على تحفيز الطفل وتطوير مهارته

(٢) **الأطفال المصابون بالإعاقات البدنية:** والذين يحتاجون لتقوية أطرافهم العليا والسيطرة على الجذع وذلك للوصول إلى الاستقلالية الكافية التي تتطلبها عملية ارتداء وخلع الملابس الشخصية، والعناية الشخصية، أو للتنقل من الكرسي المتحرك للسيارة وغير ذلك من المهارات. ويساعد على ذلك أداء الأعمال والتمارين التي تؤدي إلى تنمية تلك القدرات مع تحسن حالة المريض ويجب طبعًا وضع حالة المريض النفسية في الاعتبار فيما يتصل بحالة العجز أو الإعاقة لديه، ومنزله، وأسرته، وظروف عمله، حيث يتم تقديم النصح والمؤازرة النفسية للمريض اثناء البرنامج.

(٣) **المرضى النفسيون:** يتم علاجهم في جلسات جماعية للعلاج النفسي، حيث يمكنهم في هذه الجلسات التغلب على حالة القلق، وتعلم مهارات التعامل مع الآخرين، وتطوير الثقة بالنفس، ومناقشة المشكلات والظروف التي حدثت فيها، كما تتاح لهم فرصة تعلم المهارات الاجتماعية المطلوبة.

ويمكن إجمال الخدمات التي يقدمها العلاج الوظيفي في النقاط التالية:

(١) تقييم أداء الفرد خلال ممارسته أنشطة الحياة اليومية(العناية الذاتية- التغذية- اللباس...)، والوقوف على نقاط الضعف، ومن ثم إيجاد الوسائل والطرق للوصول إلى الاستقلالية التامة.

(٢) توفير الأدوات المساعدة التي تحسن من أداء المريض واعتماده على نفسه، فمثلاً التدرب على استخدام أطباق وأكواب ذات مواصفات خاصة.

(٣) إضافة تعديلات على بيئة البيت أو العمل أو الأدوات التي يستخدمها المريض، لتسهيل أداء وظيفته ونشاطاته اليومية.

(٤) تطوير القدرات الحركية وزيادة القوة العضلية، من خلال النشاطات الهادفة والتمارين الوظيفية.

(٥) وضع وتنفيذ الخطط و البرامج العلاجية.

(٦) إرشاد الأسرة عن كيفية التعامل الجيد مع المريض في المنزل وإشراكهم في تطبيق ومتابعة البرنامج.

وتتضمن استراتيجيات التربية الخاصة في مجال العلاج الوظيفي ما يلي :

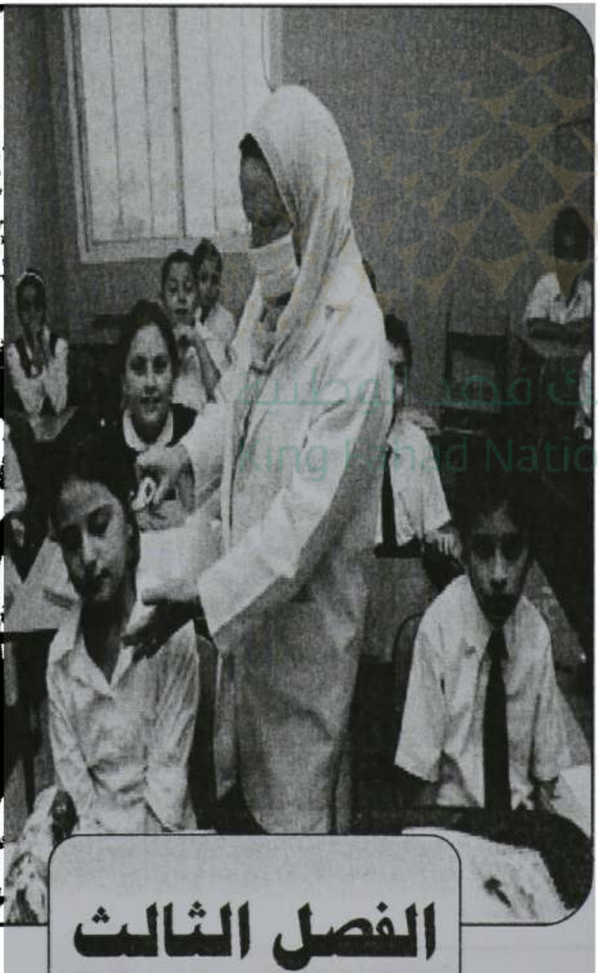
(١) علاج وتدريب ذوي الاحتياجات الخاصة على المهارات الحركية من خلال مناهج التربية البدنية المكيفة (المعدلة) إذ إن تدريبهم على مهارات التنقل والحركة يعد أمراً حيوياً لتقوية العضلات، وحتى يتمكنوا من القيام بالمهام الحياتية والتعليمية الأساسية.

(٢) تشمل برامج العلاج الوظيفي على تدريب الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على مهارات العناية بالذات لتنمية قدراتهم على قضاء حاجاتهم الأساسية.

(٣) تسهم برامج العلاج الوظيفي على التأهيل الطبي الذي يقدم العلاج والتمارين الجسمية والطبيعية التي يمكن أن تساعد في تهيئة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل كبير في الالتحاق بالمدارس والاندماج الطبيعي سواء في المدارس العادية أو الفصول الخاصة.

(٤) إضافة إلى ذلك يلعب العلاج الوظيفي دوراً مهمًا في إشعار ذوي الاحتياجات الخاصة بقدرتهم على الأداء والإنجاز لمساعدتهم على التخلص من الشعور بعقدة العجز او النقص لديهم.

خدمات الصحة المدرسية



الفصل الثالث

- مفهوم الخدمة الصحية المدرسية.
- فريق التمريض المدرسي.
- أهداف الخدمة الصحية المدرسية.
- أهمية الصحة المدرسية .
- مجالات الصحة المدرسية .
- خدمات الصحة المدرسية.
- أسس الخدمات الصحية المدرسية.
- الاستراتيجيات الصحية المدرسية.
- الإجراءات العملية للوقاية من الأمراض في المدارس.
- تطور أنظمة الصحة المدرسية.
- الرؤية المستقبلية للصحة المدرسية.
- جماعة الصحة المدرسية.
- دور المعلم في تحقيق أهداف الصحة المدرسية .
- البرامج الصحية المطبقة بمدارس المملكة العربية السعودية.

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) يبين مفهوم الخدمة الصحية المدرسية.

(٢) يحدد أدوار فريق التمريض المدرسي.

(٣) يلخص أهداف الخدمة الصحية المدرسية.

(٤) تقييم أهمية الصحة المدرسية .

(٥) التمييز بين مجالات الصحة المدرسية .

(٦) تلخيص خدمات الصحة المدرسية.

(٧) تحديد أسس الخدمات الصحية المدرسية.

(٨) يميز بين الاستراتيجيات الصحية المدرسية.

(٩) يوضح الإجراءات العملية للوقاية من الأمراض في المدارس.

(١٠) وصف جماعة الصحة المدرسية.

(١١) يبين أهداف جماعة الصحة المدرسية.

(١٢) اكتشاف كيفيه الإشراف على جماعة الصحة المدرسية.

(١٣) تحديد مهام المعلم مشرف جماعة الصحة المدرسية.

(١٤) التعرف على مجالات عمل جماعة الصحة المدرسية.

(١٥) تحديد دور المعلم في تحقيق أهداف الصحة المدرسية- .

(١٦) ينقد البرامج الصحية المطبقة بمدارس المملكة العربية السعودية

الفصل الثالث
خدمات الصحة المدرسية
school Health service

مقدمة

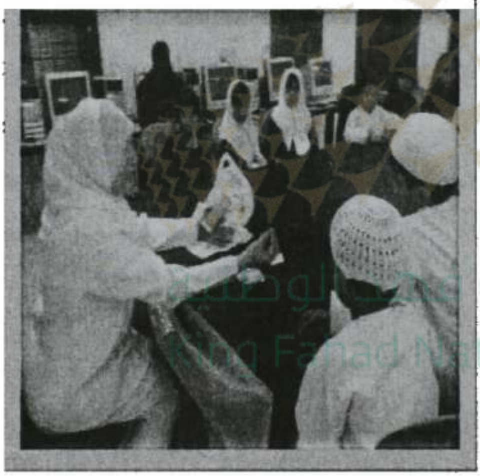
تعد المدارس على مر العصور قديماً وحديثاً من أهم المؤسسات والوسائل الفعالة التي تلعب دوراً مهماً في تحقيق كيان الأمة الاقتصادي والثقافي وكفايته الإنتاجية ويزداد اثرها فعالية كلما زادت العناية بالتلاميذ، خصوصاً من الناحية الصحية، والتي تبدو في مجموع الخدمات الصحية المدرسية التي تقدم لطلاب المدارس، والتي تمثل الركيزة الأساسية لإعداد مجتمع صحيح معافٍ من الإعاقات البدنية أو الاضطرابات النفسية أو العقلية، ولتفادي التأخر الدراسي الذي يؤثر على مستوى التحصيل الأكاديمي والذي ينعكس بدوره على المجتمع ومواكبة التقدم العلمي الحديث، وتشمل في مجملها الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية كما هو الحال في خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية (الغنيم والبهبهاني،١٩٩٧).

تعتبر الرعاية الصحية هي الركيزة الأساسية لبناء أجيال المستقبل لأي مجتمع، ولذلك حرص المشرفون على التعليم على توفير الصحة المدرسية لتكون في خدمة المجتمع المدرسي من طلاب وأعضاء هيئة التدريس وعاملين . وتقوم الوحدات الصحية المدرسية بتنفيذ العديد من البرامج الصحية . ففي مجال الوقاية ، تقوم الوحدات الصحية المدرسية بفحص الطلاب المستجدين حيث تقدم لهم التطعيمات اللازمة ضد الأمراض المعدية ، كما تقوم بمراقبة البيئة المدرسية التي تشمل المباني المدرسية والمرافق الصحية والمقصف ، حتى تتأكد من توافر العوامل الصحية السليمة في البيئة المدرسية . وفي مجال الخدمات العلاجية تقوم الوحدات الصحية المدرسية بعلاج التلاميذ من الأمراض المختلفة وتقدم لهم الدواء اللازم لكل مرض ، كما تقوم بتحويل بعض الحالات المرضية التي تحتاج إلى فحوصات كثيرة أو عمليات خاصة إلى المستشفيات لاستكمال بقية مراحل العلاج .

وفي مجال التثقيف الصحي ، تساهم الوحدة الصحية المدرسية في رفع المستوى الصحي للتلاميذ وكذلك بقية أفراد المجتمع عن طريق العديد من الوسائل مثل المحاضرات والندوات وعرض الأفلام العلمية والتدريب على عمليات الإسعافات الأولية .

ويؤكد راربورت Rarpport (١٩٩٦ : ٥٣٩) على اهمية خدمات الصحة المدرسية للمعوقين، حيث يصعب على بعض الأطفال والمعوقين قضاء يوم في المدرسة بدون رعاية صحية، وقد تتضمن هذه الخدمات التغذية وإدارة الإجراءات الصحية، واستخدام الأجهزة الصحية لتعويض قلة أو فقد أداء الجسم وإدارة الحالة.

مفهوم الخدمة الصحية المدرسية:



إن الصحة المدرسية ليست تخصصاً مستقلاً وإنما هي بلورة لمجموعة من العلوم والمعارف الصحية العامة كالطب الوقائي وعلم الوبائيات والتوعية الصحية والإحصاء الحيوي وصحة البيئة والتغذية وصحة الفم والأسنان والتمريض.

لقد تطرقت كل من سترايكلاند وتورنبول Strickland & Turnbull (1993) إلى مفهوم الخدمة الصحية المدرسية والذي تريان أنه مفهوم مختلف تماما عن مفهوم الخدمة الطبية لأسباب تشريعية وقانونية، لذلك عرفتا الخدمة الصحية المدرسية وفقا لتعريف القانون ١٤٢/٩٤ لها والذي يشير إلى أنها الخدمة التي تقدم من قبل شخص مؤهل.

كما يشير إليها الوابلي (١٩٩٦) بأن الخدمة الصحية المدرسية هي "تلك التسهيلات الصحية التي ستعمل على دعم الاستقرار الصحي للطفل في المدرسة وذلك في ضوء احتياجاته الصحية المرتبطة بتعليمات الطبيب المختص".

لقد طرح مفهوم الخدمة الصحية المدرسية ضمن قانون تربية الأفراد الذين لديهم إعاقات (IDEA, 1997) والذي وصفها بأنها تلك الخدمات التي يمكن أن تزود من قبل الممرض أو اي شخص متخصص آخر بهدف تقديم رعاية صحية مناسبة للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

وهكذا يمكن تعريف الصحة المدرسية بأنها: "مجموعة البرامج والأنشطة والخدمات التي تقوم بتطبيقها المدرسة والوحدات الصحية المدرسية والقطاعات الصحية الأخرى في المدارس أو بالاشتراك معها والمصممة لتعزيز صحة الطلاب والعاملين البدنية والنفسية والاجتماعية".

اما التربية الصحية فهي: "نهج تربوي لتكوين الوعي الصحي والإدراك بالمسائل الصحية بغية إحداث تأثير إيجابي في حياة الفرد بما يحقق التوازن الصحي وتكييف نمط الحياة مع الممارسة الصحية تكييفاً طوعيا". ومن هذا التعريف فإن التربية الصحية ليست إكساب الفرد المعارف فحسب بل تشمل تطوير المهارات وتغير السلوك أيضاً واتخاذ القرار لتحسين الصحة.

أسباب الاهتمام بالصحة المدرسية :

(١) يشكل تلاميذ المراحل المدرسية المختلفة ، في معظم دول العالم ، نسبة كبيرة من عدد السكان تتراوح بين ١٦- ١٨٪ من مجموع السكان .

(٢) يتعرض كثير من الأطفال لكثير من المشكلات العائلية والاجتماعية ، كما تعتبر فترة الطفولة فترة النمو الجسدي والعاطفي ، لذا يجب توفير الرعاية الاجتماعية السليمة لجميع طلاب المدارس.

(٣) يتعرض الأطفال في سن الدراسة لكثير من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والصحية والبيئية مما يستلزم توفير الرعاية الصحية التي تقلل من أثار هذه المشكلات.

(٤) تمتع التلاميذ بالصحة الجيدة يكسبهم نشاطاً وحيوية تساعدهم على الانتباه والتقدم الدراسي .

(٥) تجمع الأطفال في المدارس يمكن أن يساعد على انتشار الكثير من الأمراض المعدية ، ولذلك يجب على الصحة المدرسية توفير جميع الوسائل اللازمة لمكافحة هذه الأمراض .

(٦) في بعض الأحيان تحدث إصابات لبعض التلاميذ أثناء لعبهم أو أثناء ممارستهم للأنشطة المختلفة بالمدرسة ، ولذلك يجب على الصحة المدرسية توفير المواد المختلفة للإسعافات الأولية ، التي تساهم في التقليل من مضاعفات هذه الإصابات .

(٧) يكتسب التلاميذ من البيئة الصحية السليمة في المدرسة السلوك الصحي السليم ، ومن الإمكانيات الصحية اللازمة للمدرسة : توفير مصدر ماء نقي ودائم ، وجود المرافق الصحية ، التخلص الصحي للنفايات والفضلات الضارة توافر الفصول الدراسية المناسبة لعدد التلاميذ وكذلك الملاعب ووسائل الإسعافات الأولية.

فريق التمريض بالمدرسة School Nurses team:



قد يقوم الممرض بجمع المعلومات الطبية الخاصة بالطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، فعلى سبيل المثال يمكنهم اختبار والكشف عن الطلاب ذوي المشكلات السمعية أو البصرية. وكعضو في الفريق يقوم الممرض بتقديم المساعدة في تفسير السجلات والتقارير الطبية، كما يمكنه تفسير الآثار التعليمية المترتبة على بعض الحالات بناء على ما يتوفر لديهم من معلومات طبية، كما يقدمون خدماتهم للطلاب ذوي الإعاقات الجسدية أو ذوي الأمراض المزمنة أو الأمراض الأخرى التي تتطلب رعاية طبية مستمرة، وعلاوة على ذلك فإنهم يساعدون الآباء على تقديم الخدمات الطبية لأطفالهم.

ولقد أوضح نيكسي (Nichcy, 2001:17) أن خدمات الصحة المدرسية تقدم بواسطة ممرض مؤهل أو شخص مؤهل ومدرب، وغالبا ما تتضمن خدمات الصحة المدرسية ما يلي: التغذية الخاصة، ومتابعة نظافة المدرسة المستمرة، وتوزيع الأدوية وإعطائها، والتخطيط لسلامة الطفل في المدرسة، والتأكد من وجود العناية اللازمة في المدرسة لمنع الإصابة، والتعامل مع الأمراض المزمنة، وتوصيل التعليم ومهارات التدريب لكل من يتعامل مع الطالب في المدرسة والطالب ذاته.



إن المشرف الصحي هو المسئول عن القيام بأعمال التمريض لمنسوبي المعهد أو البرنامج وفق ما تتطلبه المهنة وتعليمات الطبيب المعالج. إن أبرز المهام التي يمكن لأخصائي الخدمة الصحية المدرسية القيام بها ما أشارت إليه القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بالمملكة العربية السعودية (١٤٢٢هـ) في المادة الثانية والستين منها :

(١) العناية بالمرضى وإعطاؤهم العلاج المقرر وفق تعليمات الطبيب.

(٢) إجراء الإسعافات الأولية لإصابات منسوبي المعهد أو البرنامج .

(٣) اتخاذ الاحتياطات اللازمة لسلامة التلاميذ ممن لديهم حالات مرضية دائمة .

(٤) التنسيق مع الجهات المختصة لفحص المياه بشكل دوري للتأكد من سلامتها من التلوث.

(٥) تفقد الأوضاع الصحية في المعهد أو البرنامج.

(٦) العمل على نشر الوعي الصحي والمشاركة في لجنة التغذية .

(٧) التأكد من سلامة المأكولات والمشروبات .

(٨) إعداد الملفات الصحية لمنسوبي المعهد أو البرنامج ومتابعة استكمالها(ص٦٥).

غير إن ليهر Lehr (١٩٩٠) فيما اورد الوابلي (١٩٩٦) تري ان الشخص المؤهل في مجال الرعاية الصحية المدرسية هو الذي يتمتع بعدد من الكفايات المهنية. لذلك فعليه ان يظهر :

(١) وعيًا وفهمًا بالرعاية الصحية للطلاب بالإضافة إلى احتياجاتهم التعليمية والانفعالية.

(٢) معرفة بالمصطلحات الصحية والطبية الشائعة.

(٣) معرفة بأدوار ومسئوليات مشرفي الرعاية الصحية في حجرات الدراسة.

(٤) معرفة بأهمية وضرورة قيام أجهزة تدعم العاملين والطلاب والأهل.

اما الخطوط العامة لعمل المشرف الصحي فيمكن ذكرها على النحو التالي:

(١) متابعة الحالة الصحية والنظافة الشخصية من قبل المشرف الصحي وأعضاء اللجنة ورواد الصفوف.

(٢) تزويد رواد الفصول بالمعلومات الصحية الهامة التي تتعلق بوضع التلميذ بالفصل.

(٣) الفحص اليومي لأغذية المقصف وكتابة التقارير عنها وإجراء الفحص لأعضاء جماعة المقصف بالعيادة.

(٤) متابعة حالة النظافة بالمبنى ودرجات الحرارة بالداخل، والصيانة من قبل المشرف الصحي

(٥) إلقاء محاضرات كلما سنحت الفرصة عن طريق المشرف الصحي وطبيب الصحة العامة، واستمرار تدريب وتثقيف الجماعة الصحية خاصة على الإسعافات الأولية .

(٦) تزويد معلمي الرياضة بالمعلومات والتعليمات المهمة التي تتعلق بممارسة بعض التلاميذ للرياضة أو عدمها .

(٧) تدريب كل تلميذ مصاب على كيفية إسعاف نفسه بغرفة المشرف الصحي وتحت إشرافه.

(٨) المشاركة في كل ما يستجد بقدر الإمكان.

(٩) متابعة السجلات الصحية وتحديث المعلومات طوال السنة .

(١٠) تقديم التطعيمات المقررة سنويًا من خلال الصحة العامة .

(١١) إيصال التثقيف الصحي من المشرف إلى الطالب، وحتى إلى عائلته من خلال الكتيبات والرسائل الرسمية والهاتف .

ويشير دليل الصحة المدرسية للجمعية البريطانية لأطباء المدارس (١٩٨٤) إلى الدور الذي يمكن أن يقوم به هذا الأخصائي ومن ذلك ما يقدمه من نصائح لمدير المدرسة والهيئة الإشرافية العاملة بالمدرسة وتقديم التقارير الصحية عن حالات التلاميذ وما يستطيعون ممارسته من انشطة مختلفة في ضوء قدراتهم الصحية والقيام بالفحوصات الطبية الدورية للتلاميذ إضافة إلى إرسال التقارير الصحية للآباء.

أهداف الخدمة الصحية المدرسية



تهدف برامج التربية الصحية المدرسية إلى تزويد التلاميذ بخبرات تعليمية الغرض منها التأثير في معارفهم واتجاهاتهم وأوجه سلوكهم المتعلقة بصحة الفرد والجماعة (الصفدي ، ٢٠٠١)، وكذلك توفير الرعاية الصحية للتلاميذ من حيث تقويم صحة التلاميذ، ومتابعتها، والوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها والرعاية المناسبة في حالة الطوارئ والإسعافات الأولية، وتقديم الرعاية للتلاميذ المعوقين باختلاف إعاقاتهم (سلامة، ١٩٩٧).

ولذلك كان لزامًا على المدارس القيام ببعض الإجراءات الصحية خلال فترة وجود الطفل بها وذلك للأسباب التي أوردها كل من السباعي والأمين (١٤١٦هـ) ؛ لال (١٩٩١) ومنصور (١٩٩٧) ؛ شكر، وأسعد، وعبد الحليم (١٩٩٩) ؛ والصفدي (٢٠٠١) وذلك على النحو التالي:

(١) إن السن المدرسي يعتبر العمر المناسب لرعاية المجتمعات جيلاً بعد جيل بطريقة مباشرة أو غير مباشرة،حيث يمكن خلال تلك الفترة تقديم أكبر قدر من الصحة الوقائية واكتشاف الأمراض والعيوب والانحرافات الجسمية والاضطرابات النفسية وتحديد المشكلات الصحية، ويسهل بالتالي تلافيها، وعلاجها في وقت مبكر.

(٢) يسهل في السن المدرسي أيضًا ترسيخ واكتساب العادات الصحية السليمة، وتكوين الوعي الصحي بالمشكلات الصحية.

(٣) تتميز فترة السن المدرسية بالنمو والتطور السريع بدنيًا ونفسيًا واجتماعيًا .

(٤) رفع مستوى التثقيف الصحي للتلاميذ وتعويدهم على السلوك الصحي السليم .

(٥) يتعرض الطفل في مرحلة الدراسة إلى كثير من المشكلات والضغوط الاجتماعية، كالتنافس في ساحات اللعب وحجرات الدراسة، وقد يترتب على هذا انطوائية الطفل أو لجوئه إلى النشاط العدواني.

(٦) انتشار الكثير من العادات السيئة لدى الأطفال مثل عدم غسل الأيدي قبل تناول الطعام، وبعد قضاء الحاجة، وتناول المأكولات التي تسقط على الأرض دون التأكد من سلامتها، وتبادل اللعب، والبصق على الأرض و غيرها من العادات السيئة التي تكون سببًا في انتشار الأمراض.

(٧) التربية الصحية المدرسية تساعد الطالب على اكتساب السلوك الصحي السليم، وقد يساعد هذا على التأثير على أسرته الحالية أو المستقبلية.

(٨) تمتع التلاميذ بالصحة الجيدة عامل مهم في مساعدتهم على التعلم واكتساب المعلومات والمهارات والخبرات التعليمية التي تهيؤها المدرسة.

(٩) الأطفال في سن المدرسة أو قبله في أشد الحاجة إلى الرعاية الصحية من البالغين، وعلى ذلك اعتبرت هذه الفئة من السكان ضمن الفئات الحساسة التي تتأثر صحتها ببعض العوامل الاجتماعية: كالفقر، والجهل، وسوء التغذية، أو ببعض العوامل البيئية: كالمسكن غير الصحي أو غير المناسب .

(١٠) لازدحام الفصول الدراسية أضرار لا تخفى على أحد خاصة إذا كانت سيئة التهوية.

(١١) التقاء الأطفال يعرضهم إلى مخاطر الأمراض المعدية.

(١٢) تهيئة البيئة المدرسية الصحية التي تساعد على النمو البدني والعقلي والاجتماعي للتلاميذ ، وذلك عن طريق توفير مصدر ماء نقي للشرب والتخلص من الفضلات والنفايات بطريقة صحية وتوفر المواد اللازمة للإسعافات الأولية .

(١٣) تقديم المساعدة الصحية وتوفير الظروف الملائمة للأطفال المعاقين وذوي العاهات حتى يستفيدوا من البرامج المدرسية المختلفة .

(١٤) عمل فحوص طبية في بداية العام الدراسي لجميع تلاميذ المدرسة ، وذلك للتعرف على حالتهم الصحية ، ويتبع ذلك إجراء فحوص طبية دورية .

(١٥) عمل سجل طبي يدون به التاريخ الطبي للتلاميذ .

أهمية الصحة المدرسية :

في ضوء ما سبق يمكن إيضاح أهمية الصحة المدرسية في النقاط التالية:

(١) يمثل الأطفال في هذه المرحلة العمرية (الدراسة) نسبة هامة من المجتمع تصل إلى ربع عدد السكان، وتوفر المدرسة فرصة كبرى للعناية بالصحة في هذه الفئة.

(٢) يمر كل أفراد المجتمع بكل فئاته بالمدرسة، حيث تتوفر الفرصة للتأثير فيهم وإكسابهم المعلومات وتعويدهم على السلوك الصحي.



(٣) في ظروف المدارس وفي السن المدرسية يكون الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالأمراض السارية والمعدية كما انهم أكثر عرضة للإصابات والحوادث.

(٤) هذه المرحلة من العمر مرحلة نمو للطفل وتطور ونضج وتحدث خلالها الكثير من

التغيرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية ولا بد أن تتوفر للتلميذ في هذه السن المؤثرات الكافية لحدوث هذه التغيرات في حدودها الطبيعية.

(٥) في السن المدرسية يكتسب الأطفال السلوكيات المتعلقة بالحياة عمومًا وبالصحة بصفة خاصة ويحتاجون إلى جو تربوي يساعد في اكتساب هذه العادات كما توفر المدرسة جوًا مناسبًا لتعديل السلوكيات الخاطئة .

ومن مبررات الاهتمام ببرامج الصحة المدرسية، ما يلي:

(١) الصحة المدرسية متعددة الاهتمامات وتتناول موضوعات كبيرة وواسعة ومتشعبة مما يدعو إلى برمجة هذه الاهتمامات في برامج محددة الأطر والأهداف.

(٢) مفهوم برامج الصحة المدرسية مفهوم مرن يمكن من خلاله معالجة شتى المشكلات التي تثبت أولوياتها من بين الاهتمامات الصحية.

(٣) إن من الضروري برمجة الأفكار وبلورتها والتخطيط جيدًا ليسهل تبنيها وتسويقها.

(٤) يمكن اللجوء إلى برامج الصحة المدرسية كمرحلة انتقالية لتحول الخدمات الصحية المدرسية من نمطها العلاجي السائد إلى نمط وقائي منشود، فنجاح برنامج ما من برامج الصحة المدرسية يمهد لتغيير السياسات المعمول بها بطريقة علمية.

(٥) أسر التلاميذ ومنسوبو الأسرة التربوية في حاجة ماسة للتدريب والتعريف بالصحة المدرسية، ويتحقق ذلك من خلال مشاركتهم في أحد برامجها، مما يؤدي إلى جذب انتباههم واستقطاب اهتمامهم.

مجالات الصحة المدرسية :

هناك ثلاث مجالات للصحة لمدرسية ، هي:

(١) **مجال الخدمات الصحية:** حيث تقوم بالرعاية الطبية لجميع التلاميذ والمدرسين والعاملين بالمدرسة.

(٢) **مجال خدمة البيئة المدرسية:** والتي تشمل المبني المدرسي والحجرات الدراسية والأثاث المدرسي والمرافق الصحية والمقصف المدرسي .

(٣) مجال التثقيف الصحي: حيث تقوم بتوعية التلاميذ بأنواع المواد الغذائية وفوائدها وأمراض سوء التغذية والأمراض بشكل عام سواء المعدية وغير المعدية .

خدمات الصحة المدرسية:

تنقسم خدمات الصحة المدرسية إلى نوعين أساسيين من الخدمات هما:

أولاً : الخدمات الوقائية : وتشمل ..

(١) مراقبة البيئة المدرسية.

(٢) تقديم الإسعافات الأولية عند الضرورة

(٣) التطعيمات التنشيطية والموسمية وعند دخول المدارس.

(٤) الإشراف على جماعات الهلال الأحمر والصحة المدرسية.

(٥) متابعة الحالات و التعامل مع الحالات المرضية المزمنة.

(٦) المشاركة في المناسبات الصحية الدولية والإقليمية والمحلية.

(٧) مراقبة المقاصف المدرسية ومتابعة الاشتراطات الصحية فيها.

(٨) تقديم الأنشطة التوعوية من خلال محاضرات ونشرات صحية وبرامج.

(٩) الوقاية من الأمراض والمشكلات الصحية الشائعة في المجتمع المدرسي (التطعيمات والعزل الصحي).

(١٠) خدمات الاكتشاف المبكر للمشكلات الصحية والتدخل المبكر الممكن علاجها، وإحالتها إلى الخدمات العلاجية المختصة

ثانيًا : الخدمات العلاجية: وتشمل..

(١) الكشف المبدئي على التلاميذ المستجدين.

(٢) إعطاء وتصديق الإجازات.

(٣) الكشف على المرضى وعلاجهم.

(٤) الإشراف الصحي على لجان الامتحانات.

(٥) الإشراف الصحي على الأنشطة والمناسبات والتجمعات الرياضية والكشفية للطلاب.

ويمكن حصر الخدمات الصحية المدرسية في الجوانب المهمة التالية:

الجانب الأول: الفحص المبدئي:

ويشمل فحص إكلينيكي عام عند دخول المدرسة يقوم به الفريق الصحي للتعرف على الحالة الصحية للتلميذ أو التلميذة والتأكد من لياقتهم عقليًا ونفسيًا ، وذلك عن طريق ملاحظة مدى استجابة الطالب والطالبة للرد على أسئلة الطبيب، وقدرتهم على حل المشكلات، وكذلك لياقتهم بدنيًا للاطمئنان على سلامة أجهزة الجسم بالفحص العام ليتسنى لهم الالتحاق بالمدرسة حتى يتم الفحص الشامل لاحقًا .

الجانب الثاني: الفحوص الجماعية للطلاب:

كفحص البول والبراز والطفيليات، وقياس نسبة الهيموجلوبين في الدم وغيرها ؛ والغرض من هذه الفحوص اكتشاف حالات الإصابة بالطفيليات وحالات الأنيميا بأنواعها.

الجانب الثالث: الفحص الصحي الدوري الشامل:

وهي عملية تتم بصورة دورية ولها طابع تربوي،إذ إن من مسئولية الطبيب أن يوجه الطفل ووالديه بعدما يتم فحص الطفل وبيان نوع المرض وأسبابه ومتابعة ذلك، وإعطاء الطفل ووالديه التعليمات الواجب إتباعها، الأمر الذي يؤدي إلى جعل عملية الفحص الدوري عملية طبية وتربوية في آن واحد. ومن بين أهداف الفحص الدوري:

(١) أن يكون سببًا في اكتشاف كثير من الأمراض في وقت مبكر حتى يسهل علاجها والشفاء منها بدلاً من تفاقمها ؛ مما قد يضر بالطفل ضررًا بالغًا ، فإهمال أمراض العيون مثلاً قد يؤدي بالطفل إلى كف البصر، وإهمال الجرح قد يؤدي إلى بتر العضو المصاب، وهكذا فالفحص المبكر ضرورة ملحة للحفاظ على الصحة.

(٢) دراسة التاريخ الصحي للطفل فيما يتعلق بأي أمراض سابقة أو تطعيمات أو لقاحات سابقة أو حوادث أو جراحات أجريت أو أي أمراض وراثية في العائلة،لما يكون لكل هذا من أثر على الحالة الصحية في المستقبل.

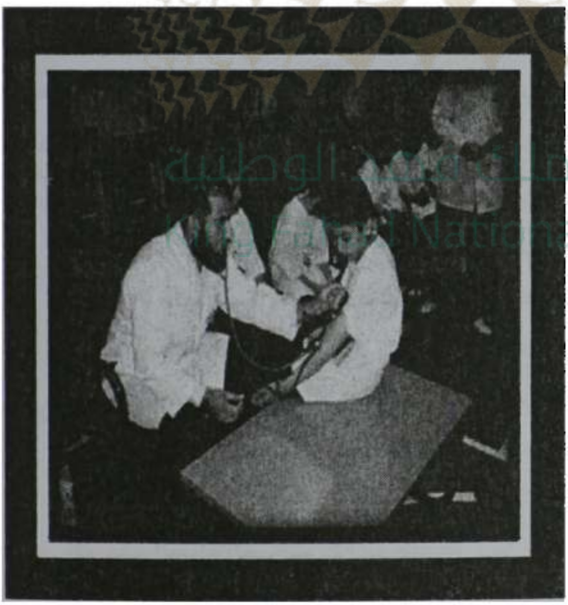
(٣) اكتشاف الحالات المرضية المزمنة أو حالات العيوب الخلقية أو وجود إعاقات تستلزم رعاية خاصة.

(٤) تقويم المستوى الصحي للتلميذ والتلميذة واكتشاف الحالات المرضية وحالات النقص أو الانحراف ومواطن القوة ومواطن الضعف. (سلامة،١٩٩٧؛ عبد الوهاب،١٩٩٩ خضير،٢٠٠١).

ومن الخدمات الصحية التي تقدمها الصحة المدرسية ، وهي كما يلي :

١- تقويم صحة التلاميذ : يقصد بعملية التقويم قياس مستوى صحة التلاميذ ومعدلات نموهم الجسدي والعقلي ومعرفة الأمراض التي أصيبوا بها وكذلك المشكلات الصحية الذين يعانون منها . وتتم عملية التقويم الصحي بالطرق الآتية :

أ- الفحص الطبي الشامل لكل تلميذ في بداية كل مرحلة تعليمية ، ويشمل : فحص الأسنان واللثة ، وفحص العينين والأنف ، والأذن والحنجرة وفحص القلب والبطن وتحليل البول والبراز والدم ومعرفة فصيلة الدم وعامل ريزيس RH ، وهذا الفحص الطبي الشامل يساعد على معرفة الحالة الصحية للتلاميذ ، كما يساعد على اكتشاف الأمراض والمشكلات الصحية .



ب- معرفة التاريخ الصحي للتلاميذ وذلك من خلال تدوين الحالة الصحية لكل تلميذ في سجل طبي ، كما يدون به التطعيمات التي حصل عليها .

ج- الملاحظات اليومية : يتم تدوين أي تغير يطرأ على تلميذ في السجل الطبي الخاص به ، ويتم ذلك يومياً .

د- الفحص الدوري للبول والبراز يساعد على اكتشاف الأمراض المعدية وغير المعدية عند التلاميذ .

٢- متابعة صحة التلاميذ : وتتم هذه المتابعة على النحو التالي:

أ- تقديم الرعاية الطبية والخدمات العلاجية للتلاميذ .

ب- عمل بطاقة صحية لكل تلميذ تنتقل مع ملفه لكل مدرسة ينتقل إليها .

ج- مناقشة الحالة الصحية لكل تلميذ مع ولي أمره .

٣- الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها : ويتم ذلك كما يلي :

أ- توفير البيئة الصحية السليمة للتلاميذ .

ب- تطعيم التلاميذ ضد الأمراض المعدية .

ج- عزل التلاميذ المرضى عن بقية التلاميذ الأصحاء لمنع انتشار العدوى .

د- الاهتمام بعملية تطهير وتنظيف المراحيض باستمرار .

٤- الرعاية الصحية في حالة الطوارئ : في حالة الإصابات الطارئة لأي تلميذ ، يتم نقله فورًا إلى أقرب مستشفى وكذلك إبلاغ ولي أمره .

مبررات التحول الوقائي للصحة المدرسية:

يرجع السبب وراء التركيز على الدور الوقائي للصحة المدرسية وإشراك الأنظمة التربوية في أنشطة الصحة المدرسية إلى الأسباب الآتية:

(١) تحسن إمكانات المؤسسات العلاجية وتطورت تقنياتها، بحيث أصبحت تغطي الجانب العلاجي وتترك للأنظمة التعليمية التركيز على الدور الوقائي.

(٢) تزايد إدراك القائمين على الخدمات الصحية لأهمية الدور الذي تلعبه الوقاية .

(٣) الفئة المستهدفة من الخدمات الصحية المدرسية (طلاب المدارس) هي فئة سليمة جسديًا في الأساس وتندرج مشكلاتها الصحية تحت المشكلات السلوكية.

(٤) تغير الدور التقليدي للمدرسة، فقد تغير دورها كمصدر للمعلومات، حيث أصبحت مصادر المعلومات متباينة ومتعددة وسهلة التداول وأصبح دور المدرسة يركز على التربية وإكساب السلوكيات والمهارات التي تهيئ الإنسان للحياة.

(٥) ارتفاع مستوى توقعات المجتمع وبقية القطاعات لما يجب ان يقدمه القطاع التعليمي للمجتمع من تربية صحية لهذه الفئة العمرية المهمة.



(٦) نجاح العديد من نماذج الخدمات الصحية الوقائية المقدمة من خلال المدارس، حيث أدت إلى تغييرات ملموسة في معدلات الإصابة وتقليل كلفة العلاج.

(٧) تشبع تخصصات الطب الوقائي الفرعية والعلوم المساندة مثل التوعية الصحية وعلوم التغذية والإحصاء الحيوي وصحة الفم والأسنان، وتوفر المزيد من الكوادر البشرية في هذه المجالات.

(٨) تزايد نسب الإصابة بالأمراض المزمنة بالرغم من زيادة المصروفات على علاج هذه النوعية من الأمراض.

(٩) ارتفاع الكلفة الاقتصادية للخدمات العلاجية بالرغم من تناقص الموارد المالية، وركود الاقتصاد.

(١٠) ازدواجية مصادر تقديم الخدمات العلاجية (الصحة المدرسية، الجهات الصحية الأخرى التي تقدم الخدمات الصحية العلاجية بصورة مطلقة) كثيرا ما يؤدي إلى سوء استخدام الخدمات العلاجية والاستفادة منها بالإضافة إلى إهدار الكثير من الإمكانيات العلاجية وبالتالي إهدار ثروات البلاد.

أسس الخدمات الصحية المدرسية:

تقوم خدمات الصحة المدرسية على العديد من الأسس أهمها ما يلي:

(١) ترتكز الصحة المدرسية في تقديم خدماتها وبرامجها العديدة على الزيارات اليومية الميدانية للمدارس.

(٢) إن وجود الكوادر الصحية يسهم في سرعة تدخلها وتيسير الوصول إلى الفئة المستهدفة والإشراف المباشر على المدارس وتقديم الخدمات دون عائق خاصة في المجالات الإسعافية والحوادث والأمراض المعدية.



(٣) أضحت الصحة المدرسية جزءًا من البناء التربوي، فقد ذابت الحواجز بين كل من الكادر الصحي والكادر التربوي وأصبحا كيانًا واحدًا يعمل تحت مظلة وزارة التربية والتعليم ويؤدي كل منهما رسالته بشكل متعاضد.

(٤) إن تجريد القطاع التربوي من بعده الصحي وإسناده لوزارة الصحة قد يكون سببًا في اضمحلال هذه المكتسبات وعدم الشعور بأهميتها وتلاشي هذه الإنجازات في ظل اضطلاع وزارة الصحة بمسؤوليات كبرى في الجوانب العلاجية.

(٥) العلاقة الوطيدة بين مستوى التحصيل الدراسي والحالة الصحية فالتعليم والصحة صنوان لا ينفكان ولذلك فقد ألحقت بها خدمات صحية منذ تأسيسها وهذه تؤدي أدوارها وفق المرسوم لها ولقد قارن البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية تكلفة برامج الصحة العامة المختلفة مقابل العائد منها، وخلص إلى أن برامج الصحة المدرسية التي تقدم خدمات صحية آمنة وقليلة التكلفة (مثل برامج التثقيف الصحي) هي من أكثر الاستثمارات عائدًا اقتصاديًا .

الاستراتيجيات الصحية المدرسية:

تتعدد استراتيجيات الصحة المدرسية فهي تستند إلى:

(١) التركيز على الخدمات الوقائية وعلى راسها التوعية الصحية.

(٢) انطلاق الأنشطة والبرامج من المدرسة وليس من الوحدات الصحية.

(٣) إشراك الأسرة التربوية في صحة الطلاب مع التركيز على دور المعلم.

(٤) إشراك أسرة الطالب في التوعية وتعديل السلوك الصحي .

(٥) الاستفادة من مقدمي الخدمات الصحية الآخرين وإشراكهم في أنشطة الصحة المدرسية.

(٦) إشراك القطاع الخاص في تصميم وتمويل برامج الصحة المدرسية.

(٧) ترشيد الدور العلاجي بالتنسيق مع وزارة الصحة ودعم هذا الدور في الظروف الخاصة.

(٨) الاستفادة من الخبرات والموارد المتاحة داخل وخارج نظام التعليم، ومن المنظمات الدولية في تنفيذ برامج الصحة المدرسية .

(٩) تحديث القوى العاملة وتزويدها بالكوادر والمهارات ذات الطابع الوقائي.

الإجراءات العملية للوقاية من الأمراض في المدارس:

هناك عدداً من الإجراءات التي ينبغي القيام بها في المدارس لكي نضمن عدم إصابة الأطفال بالأمراض الخطيرة التي قد تكون سبباً في إعاقتهم بشكل أو بآخر. ومن بين هذه الإجراءات:

(١) وجود طبيب مقيم بالمدرسة أو يقوم بالإشراف على مجموعة من المدارس المتقاربة في حي واحد أو أكثر، وإذا تعذر هذا الأمر فيمكن أن يتم وضع ممرض أو ممرضة بالمدرسة للإشراف على العملية الصحية حتى يتم استدعاء الطبيب من مقر عمله في الحالات الطارئة.

(٢) يجب فحص التلاميذ وعزل كل من تظهر عليه أعراض لأي أمراض معدية، ويتم ذلك عند بدء كل عام دراسي.

(٣) الاهتمام بوضع برنامج عملي دقيق في المدرسة لمنع اي تلميذ من الوجود بالمدرسة عند إصابته بمرض معدٍ حتى يتم الشفاء منه تماماً،مع التزامه بإحضار ما يؤكد سلامته وعدم خطورة عودته إلى المدرسة من الجهة الطبية المسئولة.

(٤) العمل على إجراء كشف طبي شامل عند التحاق التلاميذ بالمدرسة للتأكد من خلوهم من الأمراض السارية والمعدية.

(٥) الاهتمام بملاحظة الأطفال في الطوابير الصباحية أو في الفصول، وسرعة عزل أي تلميذ تظهر عليه بعض الأعراض كطفح الجدري أو الأنفلونزا أو السعال خاصة إذا كان يشتبه أنها من الأمراض المعدية،حتى يحضر الطبيب إلى المدرسة.

(٦) فحص العاملين في المقاصف والمطاعم المدرسية ؛حتى يتم التأكد من خلوهم من الأمراض التي قد يسهل انتقالها إلى التلاميذ مع إعادة الفحص كل أربعة أشهر.

(٧) مراعاة كثافة أعداد التلاميذ بالفصل الدراسي وحسن التهوية، وأيضًا الحافلات الخاصة بنقل التلاميذ والطالبات.

(٨) عمل بطاقة لكل تلميذ يتم فيها تسجيل بياناته بواسطة ولي أمره عن التاريخ الصحي له ؛ أي دراسة الحالة الصحية الماضية للتلميذ فيما يتعلق بأمراض سابقة أو تطعيم سابق أو حوادث أو إصابات أو جراحات كانت قد أجريت له أو اية أمراض وراثية في العائلة.

(٩) الاهتمام بتطبيق الاختبارات النفسية والعقلية التي هدفها الأساسي يكمن في قياس معامل ذكاء التلاميذ وسلوكهم وتوافقهم النفسي(القرني، ٢٠٠٢).

الرعاية الصحية في حالة الطوارئ والإسعافات الأولية بالمدارس:

وهي من أهم مسؤوليات المجتمع المدرسي، وتقع على عاتق جميع العاملين بالمدرسة ومكوناتها الأساسية هي:

(١) تعيين طبيب عام مقيم لكل مدرسة كلما أمكن ذلك.

(٢) إعداد غرفة إسعافات أولية في كل مدرسة في مكان مناسب، ومزودة بالتجهيزات الضرورية.لاتخاذ الإجراءات الاسعافية الملائمة حيال الحالات المرضية الطارئة.

(٣) القيام بالرعاية الصحية السريعة والفعالة والإسعافات الأولية اللازمة لأي حالة طارئة قد تحدث لأي تلميذ أو تلميذة في المدرسة، وفي هذا الصدد يجب أن يكون كل فرد من



العاملين بالمدارس على دراية كافية بالإسعافات الأولية وكيفية مواجهة حالات الطوارئ.

(٤) إبلاغ الوحدة الصحية التابعة لها المدرسة، وأولياء الأمور عند حدوث إصابة أو حادث حتى يمكنهم المشاركة في الرعاية واتخاذ الإجراءات السريعة في نقل المصاب إلى المنزل أو المستشفى إذا اقتضى الأمر ذلك.

تطور أنظمة الصحة المدرسية:

لقد تطورت أنظمة الصحة المدرسية على النحو التالي:

(١) بدأت الصحة المدرسية بداية علاجية من حيث الهدف والمحتوى.

(٢) بدأت في التحول إلى توفير الخدمات الوقائية مثل مكافحة العدوى و إعطاء التطعيمات وإجراءات التعامل مع الأمراض المعدية.

(٣) انتقلت من الاعتماد على الأطباء وهيئة التمريض السريري إلى فئات متخصصة لكنها أقل تأهيلاً مثل المشرف الصحي والزائر الصحي والمثقف الصحي وممرض الصحة المدرسية وفني صحة الفم والأسنان.

(٤) تزايد الاهتمام بتقديم خدمات تعزيز الصحة والوقاية الأولية من الأمراض المنتشرة في المجتمع.

(٥) تحولت الخدمات المقدمة في الصحة المدرسية من التعامل مع المشكلات الجسدية إلى المشكلات السلوكية ومحاولة الحيلولة دون اكتساب الطلاب السلوكيات الصحية السلبية كالتدخين وإدمان المخدرات والممارسات الجنسية المحرمة.

(٦) انتقلت أعمال الصحة المدرسية من العيادات والمستشفيات إلى داخل المؤسسات التعليمية والتربوية وإلى المدرسة.

(٧) تحولت خدمات الصحة المدرسية من الاقتصار على كونها وظيفة للأطباء والممرضين والطاقم السريري ليشترك في مهامها أفراد الأسرة التربوية مع التركيز بالذات على دور المعلم.

(٨) تحولت الصحة المدرسية من كونها مسؤولية مؤسسة أو إدارة واحدة إلى عمل تنسيقي تتضافر فيه الجهود بين كل الجهات المعنية، وهذا توجه متنامي على مستوى العالم، إلا انه أكثر تبلورًا في الدول المتقدمة صناعيًا ، فقد عقدت الجمعية الأمريكية للصحة المدرسية مؤتمرها السنوي الثالث والسبعين تحت شعار : " التعاون : الكلمة المختارة للقرن الحادي والعشرين.

الرؤية المستقبلية للصحة المدرسية:

لقد تطورت الرؤية المستقبلية للصحة المدرسية في دول العالم وذلك من خلال:

(١) j',dv انظمة المعلومات الصحية وتقويم الأداء في الوحدات من إحصاءات علاجية عن المراجعين والمرضى إلى نظام لمراقبة المؤشرات الصحية في المدارس على مستوى وطني، مثل مؤشرات الحالة الغذائية كالطول والوزن، ومؤشرات بعض الأمراض الأخرى الأكثر انتشارًا كتسوس الأسنان، ومؤشرات بعض المشكلات السلوكية المتعلقة بالصحة كالتدخين، ومؤشرات المشكلات المتعلقة بالتحصيل الدراسي والتعليم.



(٢) تحديد مشرف صحي في كل مدرسة، يتولى التنسيق لخدمات وبرامج الصحة المدرسية.

(٣) دعم نظام الصحة المدرسية مركزيًا وطرفيًا بالكوادر التربوية.

(٤) التنسيق مع بقية مقدمي الخدمات العلاجية للتعامل مع الحاجات العلاجية للطلاب ومنسوبي التعليم .

(٥) تحويل الوحدات الصحية إلى مراكز للإشراف على برامج وخدمات الصحة المدرسية.

(٦) تحويل الوظائف الصحية إلى كوادر وقائية تخطط للبرامج الوقائية في المدارس وتشرف على تنفيذها وتقويمها .

(٧) استغلال بعض المخصصات المالية التي تصرف على التموين الطبي (أدوية.. وغيرها) لتمويل البرامج الوقائية.

برنامج الأشراف الصحي:

الأشراف الصحي على التلاميذ ذوي الإعاقات هو برنامج طبي شامل يهدف إلى:

(١) سلامة الطفل ونموه السوى.

(٢) منع انتشار الأمراض والأوبئة بإتباع السلوك الصحي السليم والعادات الصحية مثل الإيدز وسرطان الرئة والأمراض التي تنتج عن عادات ضارة.

(٣) يشتمل برنامج الإشراف الصحي على العلاج الطبي.

(٤) ويشتمل على برنامج المتابعة للأمراض مثل حالات:

- لين العظام.
- تأخر النمو.
- النزلات المعوية.
- الجفاف.
- سوء التغذية.
- فقر الدم (الأنيميا) .
- حالات التبول اللاإرادي.
- حالات حساسية الأنف.

- التهاب اللوزتين المزمن واستئصالها.
- حالات التهاب الأذن الوسطى المزمنة.
- حالات اكزيما الجلد وعلاجها.
- حالات نقص السمع التوصيلي، وعمل مقياس سمع وضغط للأذن ويشتمل البرنامج على عمل تحاليل طبية ضرورية كالهيموجلوبين والبول والبراز.

ويشتمل البرنامج أيضا على الاستشارات الصحية التي قد تتناول التطعيمات المختلفة الضرورية لحماية الطفل من الأمراض المعدية والوراثية الخطيرة التي تصيب الجوانب النفسية والجسدية للأطفال فالتثقيف الصحي الذي يهدف إلى نشر المعرفة الصحية كفيل بأن يردع الطلاب عن إتباع كل ما من شانه تعريض صحتهم للخطر خلال العام الدراسي.

كما يتضمن برنامج الأشراف الصحي ببرامج ومعاهد تربية وتعليم ذوي الإعاقات متابعة النظام الغذائي الأمثل للنمو الطبيعي للتلاميذ خلال مدة إقامتهم بالمساكن الداخلية لمعاهد النور، من منطلق أن التغذية الجيدة المتوازنة تقي الشخص من امراض سوء التغذية وفقر الدم وتعطيه القدرة على التغلب على الأمراض المعدية.

جماعة الصحة المدرسية:

هي الجماعة المدرسية التي تركز على التثقيف والوعي الصحي من أجل إكساب الطلاب أنماط من السلوكيات والممارسات الصحية السليمة وتحويلها إلى عادات تؤدي بطريقة آلية نتيجة تكرارها عن طريق البرامج والوسائل والأساليب المتاحة. كما أنها تتكامل مع الأنشطة المدرسية الأخرى في سبيل تحقيق أهدافها.

أهداف جماعة الصحة المدرسية:

(١) نشر الوعي الصحي ورفع مستواه بين الطلاب وبث روح التعاون والمساعدة بينهم.

(٢) إكساب الطلاب انماط سلوكية صحية سليمة ونقلها بدورهم إلى أسرهم ومجتمعاتهم المحلية.

(٣) التخلص من العادات والأنماط السلوكية الخاطئة والضارة.

(٤) التعرف على انواع الأمراض المختلفة وطرق الوقاية منها.

(٥) التعاون مع طبيب الصحة المدرسية والزائر الصحي لتوفير بعض الخدمات العلاجية البسيطة للتلاميذ.

(٦) التعاون مع إدارة المدرسة لتوفير البيئة الصحية داخل المدرسة.

(٧) تدريب الطلاب على الإسعافات الأولية وبعض المهارات الطبية البسيطة.

(٨) ربط النشاط بالمقررات الدراسية.

الإشراف على جماعة الصحة المدرسية:

(١) يتولى الإشراف على جماعة الصحة لمدرسية المعلم المشرف الصحي بالمدرسة حيث انه يتلقى تدريبات في المجالات الصحية من قبل دائرة الإرشاد والتوعية التربوية بالتنسيق مع دائرة الصحة المدرسية بوزارة الصحة حسب البرامج المعدة لذلك. كما انه يكون قد كون فكرة متكاملة عن المدرسة والمشكلات الصحية الموجودة فيها .

(٢) أن تكون لديه الرغبة للعمل مع في مجال الصحة المدرسية.

(٣) ان تكون لديه المعلومات المناسبة عن نشاط جماعة الصحة لأن المشرف هو مصدر المعلومات الأساسي للأعضاء.

مهام المعلم مشرف جماعة الصحة المدرسية:

يلعب المعلم دور مهم في الصحة المدرسية حيث يمكنه اكتشاف التلاميذ المرضى الذين يبدو عليهم المرض أثناء طابور الصباح أو داخل الفصل ، حيث يقوم بتحويل هؤلاء التلاميذ إلى طبيب المدرسة ، أو إلى الوحدة الصحية المدرسية لإعطائهم العلاج اللازم أو عزلهم بالمنزل أو المستشفي إذا كان بهم أمراضًا معدية ، كما يستطيع المدرس غرس العادات الصحية في التلاميذ وذلك بتعليمهم طرق النظافة الشخصية مثل غسل اليدين قبل الأكل وبعده والعناية بنظافة العينين والفم والأسنان والشعر والأظافر والقدمين وكذلك يقوم المدرس بتعريف التلاميذ بأهمية المواد الغذائية ودورها في نمو الجسم ووقايته من الأمراض .

وانطلاقاً من دور المعلم في العملية التربوية، وبسبب وجوده المستمر بين الطلاب وكونه القدوة والمثل الأعلى فهو يؤثر تأثيراً ايجابياً في تغيير سلوكيات الطلاب ويساعد على معرفة مشكلاتهم الصحية والنفسية والعمل على حلها .ومن مهام المعلم المشرف الصحي ما يلي:

(١) العمل على تشكيل الجماعة الصحية من طلبة المدرسة والاجتماع بهم دورياً وتوظيف الجماعة لأداء دورها الفعّال وتقسيم أعضاء الجماعة إلى لجان ومجموعات .

(٢) الإعداد للاجتماعات الدورية مع مدير المدرسة وطبيب الصحة المدرسية أو الزائر الصحي وذلك من أجل مناقشة وحل المشكلات الصحية وتذليل الصعاب التي قد تعترض تنفيذ البرامج الصحية.

(٣) دراسة تقييم الوضع الصحي لطلاب المدرسة بالتعاون مع فريق الصحة المدرسية والاشتراك معاً لوضع خطة عمل لبرنامج التوعية الصحية.

(٤) نشر الوعي الصحي لدى المعلمين بالمدرسة حول مراقبة التلاميذ أثناء اليوم الدراسي لاكتشاف الحالات المرضية المختلفة.

(٥) توعية أولياء امور الطلبة ذوي الحالات الخاصة بأحوال أبنائهم وكيفية التعامل معها.

(٦) متابعة التحويلات للمؤسسات الصحية وما يتم بشأنها .والاهتمام بالحالات المرضية ذات العناية الخاصة.

(٧) مناقشة الحالات المرضية وعرضها على طبيب المدرسة لاتخاذ اللازم طبيًا حرصًا على تتابع التحصيل الدراسي للطالب.

(٨) العمل على توفير غرفة للصحة المدرسية مزودة بالمتطلبات الضرورية من سرير وصيدلية بسيطة ومصدر للمياه وأدوات مكتبية وغيرها من متطلبات لا يمكن غض الطرف عن أهمية وجودها .

(٩) العمل على إنشاء صندوق للإسعافات الأولية بالمدرسة.

(١٠) تفعيل المناسبات الصحية المحلية والإقليمية والعالمية في المدرسة.

(١١) تفعيل الاستفادة من كتاب حقائق الحياة في المدارس الثانوية.

(١٢) التنسيق مع جماعات الأنشطة الأخرى من اجل تحقيق وتوثيق نشاط الجماعة.

مجالات عمل جماعة الصحة المدرسية:

تتعدد وتتنوع مجالات عمل جماعة الصحة المدرسية ونبرز أهم هذه المجالات على النحو التالي:

(١) إعداد البحوث المختلفة المتعلقة بمجالات الصحة.

(٢) الاحتفال بالمناسبات الصحية المحلية والدولية والاستفادة منها في إلقاء الضوء على القضايا الصحية ذات الأهمية، وذلك عن طريق إعداد الكلمات الإذاعية والمحاضرات على سبيل المثال.

(٣) تدريب التلاميذ والتلميذات على الإسعافات الأولية بالتنسيق مع طبيب الصحة المدرسية والمختصين في المستشفيات والمراكز الصحية.

(٤) تزويد غرف مصادر التعلم وغرف المجال والغرف الدراسية بمنتجات الجماعة المختلفة من بحوث ومقالات ومجسمات وغيرها من منتجات ذات العلاقة بما تناولته المناهج والمقررات الدراسية المختلفة.

(٥) إعداد برامج توعية داخل المدرسة وخارجها عن الأمراض وأنواعها وطرق الوقاية منها وعن العادات الصحية السليمة والقضاء على العادات الصحية الضارة، وعن أهمية التغذية السليمة للجسم وحث الطلاب على ضرورة تناول وجبة الإفطار لما لها من أهمية، ويتم ذلك عن طريق (برامج الإذاعة المدرسية، الملصقات واللافتات الإرشادية التي توضع في مختلف مرافق المدرسة وفي الأماكن البارزة في المجتمع المحلي بالتنسيق مع الجهات المسئولة، والمحاضرات والندوات، والمسرحيات التربوية المختلفة،



واللقاءات الخارجية وزيارة المنازل، الاجتماعات الخاصة بمجالس الآباء والأمهات وغيرها من الطرق).

(٦) إقامة المسابقات المختلفة (س.ج، أفضل بحث،، أجمل لافتة، أجمل مجسم،..الخ)، والمشاركة في إعداد المسابقات الخاصة بأنظف طالب وأنظف صف والمشاركة في المسابقات التي ترد إلى المدرسة المتعلقة بالجماعة، كما يمكن أن تعمم المسابقات التي تعدها الجماعة على المدارس المجاورة بالتنسيق مع مديرية المنطقة.

(٧) إعداد دراسة عن أي ظاهرة صحية أو عادات سيئة تتعلق بالصحة ومنها على سبيل المثال (اثر الغذاء على صحة الإنسان، التدخين وأثره الضار جداً على الصحة، اهمية وجبة الإفطار، وغيرها من الظواهر).

(٨) التعاون مع الجماعات الأخرى في المدرسة من أجل توضيح الأعمال ومنها (جماعة الإذاعة المدرسية لتقديم البرامج الإذاعية واللقاءات، جماعة الجمعية التعاونية من خلال تمويل انشطتها ومتابعتها من حيث نظافتها وانواع الأطعمة المقدمة للطلاب وسلامتها، جماعة التربية الفنية لعمل الملصقات واللوحات التوعوية وإعداد معرض الجماعة، جماعة المسرح لتقديم مقاطع وتمثيليات مسرحية عن الأمور الصحية وهكذا مع باقي الجماعات.

(٩) تنظيم زيارة للمستشفيات او المراكز الصحية للاطلاع على المشكلات الصحية والخدمات العلاجية المقدمة وتوضيحها بدورهم لباقي الطلاب بالمدرسة.

(١٠) حث الطلاب لاسيما طلاب المرحلة الثانوية بالتبرع بالدم وتوضيح الأهمية القصوى لذلك مع ضرورة اخذ موافقات أولياء الأمور.

(١١) عمل الصحف الحائطية والمجلات والمطويات المنوعة عن الجماعة وانشطتها المختلفة بالتنسيق مع جماعة الصحافة.

(١٢) عمل مكتبة طبية مصغرة في ضوء إمكانيات الجماعة تحتوي على الكتب والمراجع الصحية والمعلومات من المجلات والصحف التي تتناول الموضوعات التي تهم الطالب من النواحي المختلفة.

(١٣) مساعدة المسؤول عن إحالة الطلاب للمستشفى في عملية الإحالة، وإعداد الكشوف اللازمة.

(١٤) المساعدة في كشف حالات ضعف الإبصار، ضعف السمع، الاضطرابات النفسية والعصبية وغيرها من المشكلات الصحية التي تكون غير واضحة إلا للطلاب بحكم تعايشهم مع بعضهم البعض.

(١٥) المشاركة في متابعة نظافة مياه الشرب ومدى صلاحية الخزانات ومتابعة المبنى المدرسي من أي عوائق قد تسبب حوادث للطلاب كالأسلاك المكشوفة، والسلالم والنوافذ المكسورة، ومتابعة نظافة الفصول وجودة الإضاءة والتهوية بها وغيرها من الأمور المهمة في مجال صحة الطلاب.

(١٦) المشاركة مع الجهات المعنية من الصحة والبلدية في مكافحة البعوض والحشرات والقوارض، وفي تنظيم حملات التبرع بالدم، وحملات التفتيش على الأطعمة، والمساعدة في تنفيذ الاستفتاءات الصحية التي تسعى لمعرفة المشكلات الصحية لدى الطلبة او المواطنين.

(١٧) معاونة طبيب الصحة المدرسية عند القيام بالفحص الطبي الشامل للطلاب وذلك في تنظيم أدوار الطلاب وترتيبهم وتجهيز الأدوات والمساعدة فيما يطلب منهم.

دور المدرسة في تحقيق أهداف الصحة المدرسية-:

لقد أصبح للمدرسة في العصر الحديث دورا كبيرا لتحقيق التنشئة المتكاملة لتلاميذها وتلميذاتها ولهذا لم يقتصر دورها على التعليم فقط وإنما شملت الناحية التربوية ومن هنا يأتي دور الأنشطة التربوية وخصوصاً في المراحل الأولي التي تنمو فيها قدرات التلميذ وعن طريقها تتفتح مواهبه وتكتشف ويمكن صقلها وتعهدها بالعناية والرعاية مما يساعد في المستقبل على خلق رجال قادرين على التكيف ومواجهة الحياة وتحمل المسئولية والسير في الاتجاه السليم.وتعتبر أساليب وطرق التدريس من مكونات المنهج الأساسية، ذلك أن الأهداف التعليمية، والمحتوى الذي يختاره المختصون في المناهج، لا يمكن تقويمها إلا بوساطة المعلم والأساليب التي يتبعها في تدريسه؛ لذلك يمكن اعتبار التدريس بمثابة همزة الوصل بين الطالب ومكونات المنهج، والأسلوب بهذا الشكل يتضمن المواقف التعليمية التي تتم داخل الفصل والتي ينظمها المعلم، والطريقة التي يتبعها، بحيث يجعل

هذه المواقف فاعلة ومثمرة في الوقت نفسه كما على المعلم أن يجعل درسه مرغوبا فيه لدى الطلاب خلال طريقة التدريس التي يتبعها، ومن خلال استثارة فاعلية التلاميذ ونشاطهم. ومن الأهمية بمكان أن نؤكد على أن المعلم هو الأساس. فليست الطريقة هي الأساس، وإنما هي أسلوب يتبعه المعلم لتوصيل معلوماته وما يصاحبها إلى التلاميذ. وقبل أن نستعرض انواع أساليب التدريس ينبغي أن نشير إلى مواصفات الأسلوب الناجح:

ومن مواصفات الأسلوب أو الطريقة الناجحة:

(١) بداية يجب أن نفهم أن التربويين يتركون للمعلم حرية اختيار الطريقة أو الأسلوب المناسب حسب رؤيته هو وتقديره للموقف.

(٢) أن يكون الأسلوب متمشيا مع نتائج بحوث التربية، وعلم النفس التربوي، والتي تؤكد على مشاركة التلاميذ والتلميذات في النشاط في الصف الدراسي.

(٣) أن تكون الطريقة التي يتبعها المعلم متمشية مع أهداف التربية التي ارتضاها المجتمع، ومع أهداف المادة الدراسية التي يقوم المعلم بتدريسها

(٤) أن يضع في اعتباره مستوى نمو التلاميذ، ودرجة وعيهم، وأنواع الخبرات التعليمية التي مروا بها من قبل.

(٥) عدد الطلاب الذين يضمهم الفصل، حيث أن التدريس لعدد محدود منهم قد يتيح للمعلم أن يستخدم أسلوب المناقشة والحوار دون عناء.

(٦) نتيجة للفروق الفردية بين التلاميذ، فإن المعلم الفطن يستطيع أن يستخدم أكثر من أسلوب في أداء الدرس الواحد، بحيث يتلاءم كل أسلوب مع مجموعة من الطلاب.

(٧) مراعاة العنصر الزمني، أي موقع الحصة من الجدول الدراسي، فكلما كانت الحصة في بداية اليوم الدراسي كان الطلاب أكثر نشاطا وحيوية.

دور المعلم في تحقيق أهداف الصحة المدرسية:-

إن كيفية تعامل المعلم مع أسئلة التلاميذ وموقفه منها ستحدد مدى ثقتهم به، وهذا الأمر له أهمية كبيرة لأن الثقة تولّد النجاح، والنجاح يولد الرغبة في المزيد من

العمل. انهم يحتاجون إلى معلم ذكي يمتلك المعرفة، إضافة إلى أنه يحترم إنسانيتهم. يركز البعض على ان أهم الخصائص الواجب توافرها في المعلم امتلاك ذخيرة كبيرة من المعرفة، ولكن يمكن القول ان هذا الأمر لا يرتبط بكم المعلومات فقط، لأن سعة الاطلاع والمعرفة تعني امتلاك المعلم لمنهجية معرفية متطورة، وانماط عليا من التفكير وخبرة حياتية غنية وواسعة وان يكون بمقدوره نقل ذلك كله إلى طلابه.

ولذلك يمكن القول أن وظائف المعلم ومهماته في الفترة الراهنة أصبحت أكثر تعقيدا وصعوبة، ولم تعد مقتصرة على تقديم المعلومات الجاهزة وتهيئة الظروف المناسبة لاستيعابها، بل أصبحت مهمته تعليم الطلاب والتفكير من خلال المادة التي يدرسها وأساليب اكتساب المعلومات ذاتيا، وتوظيفها عمليًا ، ومساعدتهم على إتقان الطرائق العلمية في تحليل المعلومات وتقويمها، اي التفكير العلمي. لذلك تبرز انطلاقًا من هذا متطلبات عدة نحو شخصية المدرس، فلم يعد مطلوبًا منه ان يكون متخصصًا واسع الإطلاع في المجال المعرفي فقط، بل أن يتقن أساليب العمل الذاتي وخبرة الباحث.

لا يمكن أن تتم عملية تطوير التفكير من خلال تزويد التلاميذ بالمعرفة العلمية، بل عن طريق تكوين العقل واكتساب أساليب النشاط العقلي وطرائقه، ولا يمكن لتحقيق ذلك الاكتفاء بما تعرضه الكتب إذ لا بد لتكوين التفكير وتطويره من توفر مرب يمتلك هذه الخصائص. من المفيد التركيز على أن تطوير التفكير يتعلق بتطوير أساليب العمل المدرسي اي تعليم أساليب البحث الحقيقية لاكتشاف المجهول، بمعنى آخر، أن يشارك التلاميذ المعلم في تنظيم طرائق البحث الهادفة إلى إيجاد حلول للمشكلات المطروحة، وبذلك يتدربون على تحليل أعمالهم الذاتية وتقويمها، فيتعرفون أخطاءهم والصعوبات التي واجهتهم، وهذا التعاون المشترك يجعلهم أكثر ميلاً للبحث ويجعل تفكيرهم أكثر فاعلية مقارنة بطرائق أخرى كعرض النماذج الجاهزة. لذلك لا بد للمعلم أن يكون باحثًا حقيقيًا يتمتع بطرائق التفكير المناسبة اي ان يمارس البحث العلمي في مجال التخصص الذي يدرّس فيه.

في النهاية لا بد من التركيز على مسألة إعداد المعلم وتأهيله بشكل يمكنه من ممارسة الأدوار والمهمات المنوطة به، فمهما تعددت مصادر التعلم ووسائله يبقى دور المعلم اساسيًا في العملية التعليمية، لذلك لا بد لمعاهد إعداد المعلمين والجامعات التي تهتم بالمعلم من تفهم طبيعة المتغيرات الجديدة الحاصلة في المجالات كافة، وتدريب المعلمين واضعة في اعتبارها هذه المتغيرات وصولاً إلى إعداد معلم مبدع مجدد يسهم في عملية إعداد الجيل الذي يستطيع التكيف مع المستجدات وكل ما يطرأ من جديد.

مواصفات السلامة في المقصف المدرسي :

لا يوجد هناك صحة بدون تغذية متوازنة وسليمة فهي التي توفر فرصة البناء الصحيح لجسم الطالب وإمداده بالمواد الغذائية اللازمة للنمو وكسب الوقاية والعكس صحيح فإن التغذية السيئة قد تسبب حدوث العديد من الأمراض كالتسمم الغذائي والأمراض الطفيلية وأمراض الكبد الوبائي لذلك يجب مراعاة التالي :

(١) ان يكون موقع المقصف المدرسي أو مطعم الطلاب بعيداً عن مصادر التلوث مثل مكب النفايات أو المصارف الصحية والمرافق العمومية .

(٢) يفضل الا تقل مساحة المطبخ، أو مكان التحضير عن ٤٠ ٪ من مجمل المساحة العامة للمقصف المدرسي، وتكون الأسطح الداخلية للبناء والتجهيزات المثبتة فيه نظيفة، ويتم عمل صيانة دورية لها.

(٣) أن تكون الجدران ملساء وقابلة للغسيل ويسهل تنظيفها، والأرضيات مائلة ومغطاة ببلاط السيراميك

(٤) تركيب نظام تهوية فعال خاص في الموقع ونظام شفط فوق الأفران وتركيب شبك حول النوافذ لمنع دخول الحشرات الصغيرة (الطائرة).

(٥) استخدام أدوات ومواد كيميائية منظمة ومعقمة للأرضيات والأسطح لمنع دخول الحشرات الزاحفة .

(٦) إعطاء الوقت الكافي لتناول الطعام ولراحة الطالب ولراحة الجهاز الهضمي بعد الطعام .

(٧) اختير نوع معين من سلات المهملات التي تغلق تلقائيًا وبإحكام وتفرغ محتوياتها كل يوم عدة مرات لعدم ترك المجال لتجمع الحشرات مثل الذباب والبعوض أو القوارض مثل الفئران .

(٨) تركيب شاشات تليفزيون تعرض للأطفال برامج غنائية تحتوي على الصورة والمشاهد التي تدعم المعرفة وتحتوي على معلومات لها علاقة بالطعام والعادات الغذائية .

(٩) اهتمام العمال بنظافتهم الشخصية مثل الالتزام بالاستحمام اليومي وتقليم الأظافر وعدم ارتداء الخواتم خلال عملية الطبخ ويجب على المدرسة أن توفر لهم ملابس صحية تشتمل على القبعات والكفوف والمرايل بل طريقة عملهم وصورة حصولهم على شهادات صحية وخلو من الأمراض المعدية والسارية .

(١٠) اختيار نوعية طعام ذات قيمة غذائية عالية ومفيدة للطلاب لنمو أجسامهم وعقولهم والأخذ بعين الاعتبار تاريخ الإنتاج والصلاحية والابتعاد عن بيع المنتجات غير المفيدة ويمكن لمرشد التغذية الموجود بالمدرسة تحديد الأنواع التي تباع أو الوجبات المقدمة بحيث تكون متكاملة غذائيًا وصحيًا وتحقق التوازن .

(١١) بالنسبة للمدارس التي تقدم وجبات مطبوخة يجب أن تهتم بعملية غسل الفواكه والخضار وطبخ اللحوم أو الأسماك جيداً مباشرة قبل تقديمها وعدم حفظها في الثلاجة مدة طويلة للأسباب التالية :

- الطبخ الجيد يقتل الجراثيم وكل طعام عادةً يحتوي على الجراثيم ويمكن للطعام المطبوخ أن يتلوث بمجرد ملامسته للطعام النيئ .
- الجراثيم تتكاثر على الطعام الدافئ لذلك يجب أكل الطعام مباشرة بعد طبخه .
- تنظيف عدة الطبخ دائماً قبل إعداد الطعام وبعد الانتهاء منه .
- غسل وتعقيم قطع القماش التي تنظف بها أدوات الطبخ بشكل يومي .
- يجب التأكد من تغليف الطعام جيداً عند عملية نقله من مكان الطبخ إلى مكان العرض أو التقديم وعدم تركه مخزنًا مدة طويلة بعد طبخه .

(١٢) غرس مفهوم الغذاء حياة وأهمية التوازن الغذائي يساعد على تعيل العديد من السلوكيات الغذائية ويمكن تخصيص وقت معين بين الحصص بما يقارب ١٠ دقائق

لشرب الأطفال بمشاركة معلميهم مثلاً علبة حليب توزعها في المدرسة مجانًا كل يومين لما للحليب من فوائد غذائية ويمد الجسم بالوقاية اللازمة من مشاكل الأسنان وهشاشة العظام ولصحة العقل وصفاء الذهن .

(١٣) مسؤولية طبيب أو ممرض المدرسة التفقد المستمر لأماكن الطعام والشراب سواء المستودعات أو أماكن تناول الطعام أو أماكن عرضه وحتى طريقة النقل والتخزين والطهي وطريقة تصرف الطلاب وكيفية اختيارهم للطعام .

وهناك شروط ومواصفات صحية للأغذية التي تباع في المقاصف المدرسية، منها:

(١) شروط عامة مثل عدم احتواء المادة الغذائية على مواد قد تضر الصحة العام للطلبة.

(٢) وأن يتم التحضير والتصنيع والتعبئة والنقل والتخزين في ظل ظروف صحية تحميها من التلوث والفساد.

(٣) توضح على المنتج الغذائي البطاقة الغذائية التي تحتوي على اسم المنتج، ومكوناته، وتاريخ صلاحيته، وظروف تخزينه، ومقدار البيانات التغذوية، واسم المصنع وبلد المنشأ والوزن والعلامة التجارية.

وحدد الدليل الاشتراطات الصحية الواجب توفرها في المقصف المدرسي منها أن يكون الموقع بعيداً عن دورات المياه ومجاري الصرف الصحي، وتكون مساحته كافية للغرض المعد من أجله، وتكون التهوية والإضاءة كافيتين، إلى جانب عدد من الشروط المتعلقة بالأجهزة الواجب توفرها في المقصف وتدريب العاملين على التعامل معها بشكل جيد.

البرامج الصحية المطبقة بمدارس المملكة العربية السعودية:

(١) ***برنامج المدارس المعززة للصحة:***

يعتبر برنامج المدارس المعززة للصحة احد البرامج الرائدة التي تهتم بتعزيز الصحة في المدارس والذي حظي باهتمام كبير من المنظمات الدولية وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية الأمر الذي حدا بوزارة التربية والتعليم إلى تبني البرنامج والسعي لتطبيقه في مدارسها. وإدراكًا من الإدارة العامة للصحة المدرسية بضرورة وجود دليل

إرشادي لبرنامج المدارس المعززة للصحة يتم من خلاله تزويد الكوادر الصحية والتربوية على حد سواء بالمفاهيم والمعارف التي تمكنهن من القيام بأدوارهن في تطبيق هذا البرنامج بشكل امثل.

(٢) ***برنامج المرشدة الصحية:***

يسهم هذا البرنامج في دعم المستوى الصحي للطالبات والمعلمات نظرًا لما يتضمنه البرنامج من جوانب تدريبية تهدف إلى تأهيل معلمة بكل مدرسة للعمل كمرشدة صحية داخل المدرسة ولقد تم إعداد المحتوى التدريبي ذو المردود العملي والذي ينأى عن الجوانب النظرية ويركز على احتياجات الطالبات الفعلية كما أنه يحدد بدقة مهام المرشدة الصحية في مجالات التثقيف الصحي والتحصينات والبيئة المدرسية وسبل الأمن والسلامة والحالات الاسعافية الطارئة وغيرها من المجالات الصحية المهمة .

(٣) ***برنامج الإسعافات الأولية:***

يستعرض أهداف برنامج الإسعافات الأولية في درء ومنع حدوث الإصابات بين الطلاب والطالبات بالإضافة إلى تدريب الكوادر التربوية على أسس الإسعافات الأولية وكيفية التعامل مع الحالات المصابة تعاملاً طبيًا ملائمًا لحين وصول الفريق الطبي المتخصص. ويشتمل على أنواع الإصابات في المجتمع المدرسي والإطار المرحلي للبرنامج وطرق التدريب وأنماطه.

(٤) ***برنامج الحليب والتمر المدرسي:***

يشمل المبررات وأهداف البرنامج والفئة المستهدفة والخطوات التنفيذية البرنامج ومواصفات اختيار الحليب والتمر واخيرًا كيفية دعم البرنامج.

الخدمة النفسية المدرسية



الفصل الرابع

- مفهوم الإرشاد النفسي المدرسي.
- أسباب إدخال الخدمة النفسية بالمدارس.
- الأخصائي النفسي .
- مجالات الإرشاد المدرسي.
- أهداف الإرشاد المدرسي .
- الآثار والاحتياجات النفسية
- مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذوو الإعاقات .
- الاحتياجات الإرشادية لذوي الإعاقات .
- خدمات الإرشاد النفسي
- أدوار الأخصائي النفسي بمدارس وبرامج التربية الخاصة.
- مبادئ عامة تحكم عمل الأخصائي النفسي المدرسي.
- معوقات عمل الأخصائي النفسي .

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) تحديد مفهوم الإرشاد النفسي .

(٢) التمييز بين أسباب إدخال الخدمة النفسية بالمدارس.

(٣) التعرف على مجالات الإرشاد المدرسي.

(٤) شرح أهداف الإرشاد المدرسي .

(٥) اكتشاف الآثار والاحتياجات النفسية

(٦) تلخيص مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذوو الإعاقات .

(٧) وصف الاحتياجات الإرشادية لذوي الإعاقات .

(٨) خدمات الإرشاد النفسي.

(٩) تحديد أدوار الأخصائي النفسي بمدارس وبرامج التربية الخاصة.

(١٠) المقارنة بين مبادئ عامة تحكم عمل الأخصائي النفسي المدرسي.

(١١) استنتاج معوقات عمل الأخصائي النفسي .

الفصل الرابع
الخدمة النفسية المدرسية
School Psychological Service

مُقدمة

تعتبر الخدمة النفسية ممثلة في دور الأخصائي النفسي من أكثر الخدمات المساندة اهمية لما تتميز به من مهام اساسية يتقرر على ضوئها معالم طبيعة الخدمة التي قد يحتاجها جميع الأطفال بمختلف مشاربهم (الوابلي، ١٩٩٦).

وتكمن أهمية الخدمة النفسية المدرسية في اهتمامها بالتركيز على تدعيم انماط السلوك الإيجابية وتنميتها لدى التلاميذ، وكذلك التدخل لتعديل أنماط السلوك السلبية، ويمثل ذلك غاية التعليم بصفة عامة. فوظيفة المدرسة لم تعد تقتصر على حشو ذهن التلاميذ بالمعلومات فحسب، وإنما تمتد إلى الاهتمام برعاية نمو شخصياتهم نمواً متكاملاً بأبعاده المختلفة : جسميًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا وخلقيًا ومهنيًا لتحقيق اقصى قدر ممكن من النمو المتكامل والتوافق الشخصي والاجتماعي في إطار سياسة التعليم (عبد الرحمن و عبد الله، ٢٠٠٣ : ١).

إن دور المدرسة لم يعد كما كان في الماضي قاصرًا على تلقين المعلومات، واكتساب المعارف فحسب، فقد صاحب التقدم المذهل في تكنولوجيا المعلومات، والتطورات الحديثة في كافة مناحي الحياة، طفرة كبيرة في دور المدرسة، إذ إنه قد ألقُى على عاتق المدرسة عدد من الالتزامات والمطالب تعدت دورها التربوي ليمتد ويشمل كافة جوانب نمو الطلاب الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والمهنية - ومن هنا بدات تظهر حاجة ملحة لوجود الخدمات النفسية في المدارس من اجل بناء شخصية الطالب بناءً متكاملاً من مختلف جوانبها (الببلاوي، وعبد الحميد، ٢٠٠٤).

ولذلك اهتمت العديد من المجتمعات بتفعيل دور الإرشاد النفسي المدرسي لما يقدمه من خدمات واضحة للطلاب العاديين وذوي الإعاقات، فهناك الخدمات الإرشادية التي تقدم

للموهوبين والمتفوقين وذوي صعوبات التعلم، والمتخلفين عقليًا ، والمعوقين بصريًا ، والمعوقين سمعيًا ، والمضطربين سلوكيًا .. وغيرهم، وهناك خدمات وقائية لتحصين الطلاب ضد الانحرافات كالجنوح، والعدوان . . وغيرها .

ونتيجة لذلك نشطت البحوث في كافة الاتجاهات لتحديد هوية الإرشاد وأساليبه وأهدافه والقائمين عليه ومهامهم. فقد حظيت المهام المهنية للأخصائي النفسي المدرسي باهتمام الباحثين والمنظمات العالمية ذات العلاقة بالإرشاد . فقد وضعت رابطة المرشدين المدرسيين الأمريكيين ASCA (١٩٨٤) تصورًا لهذه المهام. ومن أهم هذه المهام تقديم الخدمات الإرشادية Counseling Services وخدمات المعلومات Information Services وخدمات التسكين Placement Services وخدمات التقويم Assessment Services (سليمان وعبد الله، ١٩٩٨).

وقد حددت جمعية علم النفس الأمريكية APA المهام المهنية للأخصائيين النفسيين في مهام الاستشارات النفسية Psychological Consultation، ومهام التقدير و القياس و التقويم Psychological Assessment، ومهام التدخل العلاجي المباشر Direct Therapeutic interventions (عقل، ٢٠٠٠).

وفي عام ١٩٧٦م أدخلت الخدمات النفسية في مدارس التربية الخاصة بمصر. وفي عام ١٩٨١م اقترحت لجنة الرعاية للطلاب (إحدى لجان تطوير وتحديث التعليم في مصر) إدخال خدمات التوجيه والإرشاد النفسي للمدارس في المرحلة الثانوية وما في مستواها، وتم تدريب ما يقرب من (٦٢١) أخصائيًا اجتماعيًا وموجهًا للتربية الاجتماعية للقيام بمهام الإرشاد النفسي داخل المدرسة كنواة لفريق الإرشاد النفسي (عبد الرازق، ١٩٩٧ : ١٤- ١٥) .

وصدر القرار الوزاري رقم ١٤٢ لسنة ١٩٩٠ بإدخال الخدمات النفسية للمدارس المصرية تحت مسمى (تنمية الإمكانات البشرية) بهدف مساعدة الطلاب على الاستفادة من إمكاناتهم العقلية والانفعالية بصورة تسهم في تحقيق حياة أفضل للفرد والمجتمع . على أن يضطلع بهذه الخدمات أخصائيون نفسيون يختارون من بين خريجي كليات آداب قسم علم النفس،

ويفضل الحاصلون على شهادة أعلى من درجة الليسانس، وقد نص القرار أيضًا على تشكيل لجنة استشارية للخدمات النفسية للإشراف على تنفيذ الخدمة النفسية بالمدارس وتطويرها (قرار وزير التعليم رقم ١٤٢ لسنة ١٩٩٠) .

وظهر الاهتمام بمجال التوجيه والإرشاد المدرسي في المملكة العربية السعودية عام منذ ١٩٨٠ م، وذلك عندما تم استحداث الإدارة العامة للتوجيه والإرشاد بوزارة التربية والتعليم وتعيين خريجي الجامعات الحاصلين على شهادة البكالوريوس في علم النفس بمدارس التعليم العام في مراحله الثلاث (ابتدائي – متوسط – ثانوي).

مفهوم الإرشاد النفسي المدرسي:

إن مصطلح الإرشاد رئيس ومحوري، يندرج تحته العديد من المهام؛ يستخدمه العديد من العاملين في تقديم الخدمات مثل الأطباء والمحامين والدبلوماسيين والعسكريين والماليين والاستثماريين والأخصائيين الاجتماعيين ، وذلك باعتبار أن الخدمة الإرشادية التي يقدمها الأخصائي النفسي ، عملية مقابلة بين شخصين لتوضيح أبعاد مشكلة ما ، إلا أن الخدمة الإرشادية التي يقدمها الأخصائي النفسي للمسترشدين في المؤسسات التربوية والاجتماعية والصحية والصناعية ، تقوم على علاقة تفاعلية بهدف التغلب على الصعوبات وعلى عدم التوافق الذي يعاني منه التلميذ ، لأنها تتميز بالعلاقات الشخصية القوية والمشاركة الوجدانية التي تعمل على دعم نمو التلميذ وتحقيق أهدافه الشخصية ، أي أن الخدمة الإرشادية هنا تهتم بإحداث تغييرات في قدرة الفرد بحيث تمكنه من اتخاذ قرارات سليمة (أبو عيطة ، ١٩٩٧).

و أغلب التعريفات الحديثة للعملية الإرشادية ركزت على الجانب المهني المنظم الذي يتناول الحاجات الإنسانية للفرد، مع الاهتمام بالناحية الوقائية والإنمائية والعلاجية، ومن بين هذه التعريفات، ما ذكرته: رابطة علماء النفس الأمريكية لعلم النفس الإرشادي APA (١٩٨٧) أن الإرشاد "مجموعة الخدمات التي يقدمها أخصائيو علم النفس الإرشادي الذين يعتمدون في تدخلهم على مبادئ ومناهج وإجراءات لتسيير سلوك الإنسان بطريقة إيجابية

وفاعلة خلال مراحل نموه المختلفة، ويقوم الأخصائي النفسي بممارسة عمله مؤكدا على الجوانب الإيجابية للنمو والتوافق من منظور إنمائي، وأن هذه الخدمات تهدف إلى مساعدة الأفراد على اكتساب المهارات الشخصية والاجتماعية وتحسين توافقهم لمطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهاراتهم للتعامل مع البيئة المحيطة بهم، واكتساب المهارات والقدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات ".



ويُعرف الشناوي والتويجري (١٩٩٦) عملية الإرشاد بأنها "المساعدة التي يقدمها أخصائي نفسي مؤهل لمسترشد لديه ظروف طارئة مؤقتة او دائمة، ظاهرة أو متوقعة، بهدف مساعدته على التخلص من هذه الظروف أو التعامل معها وذلك في إطار علاقة الوجه للوجه".

أما عطا وآخرون (٢٠٠٥: ٤١) فيعرفون الإرشاد بأنه "عملية تتضمن تقديم خدمات إرشادية نفسية للتلاميذ لمساعدتهم على فهم أنفسهم وتقبلها وتنمية إمكاناتهم وتطوير كفايتهم ومهاراتهم للتعامل مع متغيرات العصر وضغوطاته، ومساعدتهم على حل مشكلاتهم واضطراباتهم النفسية لتحقيق أقصى درجات التوافق والنماء ".

وقد عرفت الإدارة العامة لتوجيه وإرشاد التلاميذ ذوي الإعاقات في المملكة العربية السعودية في التعميم رقم ٤٦/٤٢٨/١/٧/٣٢ في ١٠/١٢/ ١٤٠١ هـ الإرشاد بأنه : " عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته، ويدرس شخصيته، ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته، وينمى إمكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه وفي إطار من التعاليم الإسلامية السمحة لكي يصل إلى تحقيق أهدافه، وتحقيق التوافق شخصيًا وتربويًا ومهنيًا وأسريًا واجتماعيًا ، وبالتالي يسهم في تحقيق الأهداف العامة للعملية التعليمية.

وقد خلص ابو عباة ونيازي (٢٠٠١) إلى ان العملية الإرشادية تتميز بمجموعة من الخصائص التي توضح معالمها وتميزها عن غيرها من أساليب التدخل الأخرى، وتلك الخصائص هي:

(١) ان الإرشاد عملية تتميز بالتفاعل والدينامية بين الأخصائي النفسي والتلميذ يتحمل فيها كل منهما دوره ومسؤوليته في إنجاز الأهداف وإحداث التغيير المنشود.

(٢) ان أساس نجاح العملية الإرشادية يعتمد بدرجة كبيرة على العلاقة الإرشادية التي أساسها التقبل والاحترام والتقدير وحق التلميذ في التعبير عن أفكاره ومشاعره ومراعاة ظروفه وقدراته وإمكاناته الشخصية والبيئية.

(٣) ان الهدف من العملية الإرشادية هو اكتشاف جوانب القوة في شخصية التلميذ وبيئته والاستفادة منها في إنجاز أهداف العملية الإرشادية وإحداث التغيير المطلوب.

(٤) ان العملية الإرشادية عملية مهنية تتطلب شخصًا مؤهلا يمتلك المعرفة بالسلوك الإنساني وأساليب التغيير والخبرة والمهارة التي تساعده في أداء عمله بصورة صحيحة.

(٥) ان العملية الإرشادية تتم من خلال علاقة الوجه للوجه، نظرًا لما تتيحه هذه العلاقة من فرص لكل من الأخصائي النفسي والتلميذ لفهم بعضهما بعضا ودراسة المشكلة بدقة والوقوف على السلوك اللفظي وغير اللفظي لكل منهما والاتفاق على جميع عمليات الإرشاد ورسم الأهداف ومن ثم تحقيقها.

(٦) ان التدخل الإرشادي يعطي أهمية بالغة لقيم ومبادئ وعادات ومعتقدات المجتمع الذي يتم فيه، كما يراعي الثقافة الفرعية للمسترشد.

أسباب إدخال الخدمة النفسية بالمدارس:

ومن الأسباب التي أوردها الببلاوي وعبد الحميد (٢٠٠٤) والتي دعت لاهتمام المربين وعلماء النفس والتربية بالدعوة إلى إدخال الخدمة النفسية بالمدارس ما يلي:

(١) تقلص دور الأسرة التوجيهي:

لقد كان في الماضي عبء تربية الأبناء وتوجيههم يقع على عاتق الأسرة، ولكن بعد التطورات التي طرأت على الأسرة وابتعاد الأب ومن بعده الأم عن تربية الأبناء كانت هناك ضرورة بأن تحل إحدى وسائط التنشئة محلها، فكانت المدرسة هي المنوطة بسد الفراغ الذي تركته الأسرة، فأصبح على المدرسة القيام بالدور الذي كانت تقوم به الأسرة من توجيه وإرشاد لأبنائها الطلاب من الناحية العقلية والنفسية والاجتماعية والمهنية والدينية، بل أن الأمر قد تعدى ذلك بأن أخذت المدرسة على عاتقها أمر توجيه الأسرة وإعدادها للقيام بوظائفها على أحسن وجه، ومن هنا ظهرت الحاجة الملحة لوجود الإرشاد النفسي بالمدارس.

(٢) الانفجار الهائل في عدد السكان :



إن الزيادة الهائلة في أعداد السكان تبعه طفرة كبيرة في الأعداد المقبولة بالمدارس مما أدى إلى كثرة عددها وانتشارها، الأمر الذي تمخض عنه ظهور العديد من المشكلات التعليمية والنفسية والاجتماعية بين هؤلاء التلاميذ، مما دعي إلى ضرورة إيجاد استراتيجيات فعالة لمواجهة كل هذه المشكلات وغيرها، فظهر التوجيه والإرشاد التربوي للتصدي لحل تلك المشكلات داخل المدرسة على أسس علمية سليمة ووفق أساليب فنية وتربوية مخططة.

(٣) تعقد الحياة وتشابك العلاقات الاجتماعية :

لم تعد الحياة التي نعيشها الآن بالحياة السهلة البسيطة التي كان يعيشها الناس في الماضي، فلقد تعقدت الحياة وتباينت الأدوار وتشابكت العلاقات الاجتماعية، كما زادت

الضغوط الاجتماعية بسبب وضع كثير من القيود والضوابط على سلوك الفرد مما أثقل كاهله وأفقده بعضا من حريته حتى أصبح الفرد يجد نفسه يسلك سلوكا لا يرضى عنه ولكن كي يرضي الجماعات التي ينتمي إليها ويخضع نفسه لمعاييرها مثل جماعة الأسرة، وجماعة المدرسة، والجماعة الدينية.. وغيرها من الجماعات التي يمثل أحد أفرادها.

وقد أدى تعقد هذه المنظومة الاجتماعية إلى ضرورة إيجاد استراتيجيات لتنمية بعض المهارات التي تساعد الطلاب على الانخراط في المجتمع وتكوين علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين وتزويدهم بمعلومات عن كيفية اختيار الأسلوب المناسب للحياة الاجتماعية.. ولن يأتي ذلك كله وغيره إلا من خلال إدخال الإرشاد النفسي بالمدارس.

وهكذا لم تعد الخدمة النفسية في المدارس ضربا من الرفاهية وإنما أصبحت ضرورة فرضتها المشكلات التي تعترض سبيل الطلاب في مواقف شتى ويتحتم عليهم مواجهتها، وترمي الخدمات النفسية إلى الأخذ بأيديهم في حل مشكلاتهم ومعاونتهم على مواجهة تلك المواقف والهدف من تلك المساعدة هو أن يتعرف الطالب على حالته كفرد له شخصيته وكيانه وكعضو في جماعة له حقوق وعليه واجبات. ويقتضي العون والمساعدة استثمار نواحي القوة عند الطالب وتقويم نواحي الضعف التي تعترض تقدمه أو تعويضه عنها، وتشمل المساعدة معرفة الطالب بالفرص التعليمية الميسرة له والهوايات التي يقضي فيها أوقات فراغه والعمل على تنميتها، وكذلك الكشف عن ميوله واستعداداته وتعهدها بالتنمية والرعاية.

(٤) التقدم التكنولوجي السريع :

لقد أحدث ظهور الآلة في حياة الإنسان طفرة كبيرة شملت كافة مناحي الحياة وخاصة عند ظهور الثورة الصناعية التي عمت أرجاء الأرض وما أحدثه التطور التكنولوجي المتلاحق من تغير كثير من المفاهيم الاجتماعية والسياسية والاقتصادية، فالتغيرات التكنولوجية تجعل كل ما هو متطور وحديث بعد فترة وجيزة متخلفا وغير متطور، وهذا التغير السريع حتى ولو كان مفيدا لصالح الإنسان إلا انه يلقي عبئا على نفس الأفراد الذين يواجهون هذا التغير ويتعاملون معه ويتأثرون به، وكان تأثير ذلك على حركة الإرشاد

النفسي هو توسيع مجالها وخروجها من مجال توجيه المهني إلى مجالات أوسع بحيث أصبح الإرشاد يشمل كافة جوانب الفرد. فدخلت الخدمة النفسية إلى المدارس من أوسع الأبواب وأصبح ينظر إليها على أنها ضرورة وخاصة بعد ظهور الهوة الواسعة التي تفصل بين ما يتلقاه التلميذ في المدرسة وما يواجهه في الحياة العملية، وأن هناك ضرورة لسد هذه الثغرة من خلال الإرشاد المهني في المدارس والذي يعد أحد الأدوار التي يقوم بها الإرشاد النفسي المدرسي .

الأخصائي النفسي :

لقد برزت إشكالية تتعلق بمسميات القائمين على الإرشاد في المدارس عالميًا وعربيًا ، فقد ذكر نور الدين ساسي (٢٠٠٠) أن تسميات المختصين في مجال التوجيه والإرشاد في بعده المدرسي تختلف من بلد إلى آخر، وإن كان هناك شبه اتفاق حول المهمات الواجب أداؤها، ولعل الدور الرئيسي في الإرشاد يعود إلى مستشار التوجيه كما في النمسا واليابان والمكسيك، والمرشد أو المرشد الطلابي كما في فرنسا وسويسرا والولايات المتحدة . أما في العالم العربي فهناك اختلاف واضح في مسميات القائمين على الإرشاد في المدرسة فهناك مسمى المشرف الاجتماعي في البحرين يمارس مهنة المرشد دون أن يكون له توصيف مهني محدد، وهناك المرشد الطلابي في السعودية حيث يقوم بمهام الإرشاد الطلابي، وهناك المرشد الطلابي في الكويت الذي يتعامل مع حالات الاضطراب السلوكي والانفعالي. وإزاء هذه الإشكالية لابد من توحيد المسميات في الوطن العربي ومن ثم تحديد الأدوار المهنية الأساسية للأخصائي النفسي المدرسي .

إن مسئولية التوجيه والإرشاد لا تقع على عاتق تلميذ واحد وإنما هي مسؤولية جماعية منظمة ومتكاملة، ويعتبر الأخصائي النفسي هو المسؤول والمتخصص الأول عن تنفيذ خدمات التوجيه والإرشاد داخل المدرسة، فبدون الأخصائي النفسي يصعب تنفيذ اي برنامج للتوجيه والإرشاد (زهران، ١٩٨٠). وقد قدمت الرابطة الأمريكية للأخصائيين النفسيين تعريفًا للأخصائي في المؤسسة التعليمية بأنه "المهني الذي يقع عليه عبء مساعدة جميع التلاميذ ومقابلة احتياجات نموهم وما يصادفونه من مشكلات في حياتهم " (القذافي، ١٩٩٧) .

وتعرفه الموسوعة الدولية للتربية على انه " شخص متخصص في التعليم والتدريب، وبصفة عامة فإنه يتعامل مع المواقف المدرسية وهو يقوم بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي، ولكنه يعمل في المدرسة ويتعامل مع المشكلات المدرسية التي تواجه التلاميذ " (محمد عتمان، ١٩٩٩ : ٣٥)

فالأخصائي النفسي هو الذي يؤدى دور الإرشاد والاستشارة للأفراد والجماعات التعليمية، وينظم ويحلل المعلومات عن التلاميذ من واقع السجلات، والاختبارات، والمقابلات إلى جانب المصادر الموثقة؛ وذلك لتقييم رغباتهم واتجاهاتهم وقدراتهم وصفاتهم الشخصية للمساعدة في التخطيط التعليمي والمهني، ويدرس المعلومات المهنية،التعليمية، والاقتصادية، لتطويعها في مساعدة التلاميذ نحو التخطيط لموضوعاتهم التعليمية والمهنية، يوجه التلاميذ الخريجين نحو أماكن العمل الملائمة لمستوياتهم، ويساعد الأفراد لفهم كيفية التغلب على المشكلات الانفعالية ويمكن أن ينضم إلى مجال البحث الهادف لمتابعة وتقييم مستحدثات الإرشاد ونظرياته، هذا بالإضافة إلى إمكانية قيامه بالتدريس . ومن ذلك نستنتج أن الأخصائي النفسي هو شخص مؤهل يعمل لتقديم المساعدة للتلاميذ من خلال أدوار رئيسة كُلف بها وهو بذلك لابد أن يتمتع ببعض الصفات والخصائص الفنية المهارية والأكاديمية التي تميزه عن غيره لكي يقوم بمهمة التوجيه والإرشاد (الرشيد، ٢٠٠٥: ٨٩) .

مجالات الإرشاد المدرسي:

لقد تعددت مجالات الإرشاد النفسي المدرسي لتشمل المجال النفسي والاجتماعي والأكاديمي والمهني للطالب، وقد حددت سهير درويش (١٩٨٨) الأنشطة الإرشادية التي تحقق النمو المتكامل للطلاب على النحو التالي:

(١) **الإرشاد النفسي:** الذي يهدف لمساعدة الطلاب الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو عاطفية، عن طريق الأنشطة الإرشادية التالية: تنمية القدرة على تقدير الذات وكيفية التغلب على الشعور بالنقص، ومواجه الصراع بين الواقعية والجوانب الروحية الخلقية،

ومساعدة الطلاب في التخلص من الشعور باليأس والكآبة، ومساعدة الطلاب على الاحتفاظ بحالة مزاجية متوازنة، ومواجهة فقدان القدرة على التركيز الناتج عن الضغوط الانفعالية والعاطفية.

(٢) **الإرشاد الاجتماعي:** الذي يهدف لمساعدة الطلاب الذين يعانون من عدم التوافق مع البيئة المدرسية، عن طريق الأنشطة الإرشادية التالية: فهم أسلوب الإفادة المثلى من وقت الفراغ، والتوافق مع الواقع الفعلي المحيط بالطالب، وتطوير القدرة على تكوين علاقات إيجابية مع الزملاء، وفهم القوانين التي تحكم سلوك الطلاب، وتزويد الطلاب بمعلومات عن كيفية اختيار أسلوب الحياة الاجتماعية الأفضل، والتعريف بأسلوب تفهم المشكلات الأسرية ومعالجتها.

(٣) **الإرشاد الأكاديمي:** الذي يهدف لمساعدة الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر على أدائهم المدرسي، عن طريق الأنشطة الإرشادية التالية: التغلب على الرسوب في المقررات الدراسية، وتطوير الدافعية الذاتية للدراسة، تطوير القدرة على الدراسة والاستيعاب، والتعريف بأفضل أساليب الدراسة، والتعريف بكيفية التخطيط لبرامج الدراسة الثانوية والجامعية، والتعريف بكيفية وضع أهداف أكاديمية يمكن تحقيقها.

(٤) **الإرشاد المهني:** الذي يهدف لمساعدة الطلاب المتفوقين والعاديين والمتأخرين دراسيا في التخطيط الدراسي المهني، عن طريق الأنشطة الإرشادية التالية: التعريف بمدى ملاءمة قدرات الفرد المختلفة ومتطلبات المهنة التي يرغبها الطالب، وتكوين مهارات التعرف بالذات، والتعريف بالعلاقة بين التخصص الدراسي ومجالات العمل، وتقديم معلومات واقتراحات للطلاب عن سوق العمل، التعريف بكيفية المفاضلة بين المهن والوظائف التي تتعلق بقدرات الطالب، وتكوين مفهوم لدى الطالب عن اهتماماته واتجاهاته وأسلوب حياته المهنية المستقبلية.

أهداف الإرشاد المدرسي :

يعرف برنامج التوجيه والإرشاد في المدرسة بأنه " ذلك البرنامج المخطط والمحدد والمنظم ضمن أسس علمية لتقديم خدمات توجيهية وإرشادية لفئة محددة أو عامة من

الطلاب " فيتم تحديده من خلال اهداف وطرق وضمن أسس محددة، ويمكن تفصيل ذلك من خلال تحديد أهداف التوجيه و الإرشاد المدرسي، وحيث تقسم هذه الأهداف إلى قسمين:

اهداف عامة : وتشمل تحقيق فلسفة التوجيه والإرشاد النفسي في المدرسة ومساعدة الطلاب على تحقيق الذات والوصول إلى معالجة للاضطرابات النفسية الناجمة عن العملية التربوية وما يؤثر فيها .

أما الأهداف الخاصة فتتمثل في الوقاية من الاضطرابات النفسية وتحقيق افضل مستوى من النمو النفسي وبشكل عام يمكن القول بأن الأهداف تتمثل في معالجة مشكلات العملية التربوية كاملة والتي سبق شرحها والحاجة إلى برنامج متكامل يتمثل في الحاجة إلى الإرشاد بشكل عام ويقوم البرنامج عادة على مبادئ واعتبارات ضرورية تتمثل في إتباع المناهج الثلاثة (العلاج، الوقاية، الإنماء) مما يساعد على توافق الطلاب ونموهم السليم والتخلص من المشكلات المدرسية التي تواجههم وحل المشكلات الناجمة عن ذلك وتقويم الإرشاد المهني والأسري مما يساعد على نجاح العملية التربوية (سماره، ونمر، ١٩٩٢) .

إن رابطة علم النفس الأمريكية APA في تعريفها للإرشاد النفسي المدرسي تري بأنه " تلك الخدمة التي تهدف إلى مساعدة الأفراد على اكتساب وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية وتحسين المواقف مع مطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع البيئة، واكتساب العديد من قدرات حل المشكلات واتخاذ القرار". وانطلاقا من هذا المفهوم يمكن تحديد أهداف الخدمة النفسية المدرسية على النحو التالي:

(١) تنمية مهارات المواجهة :

إن أحد ادوار الإرشاد النفسي المدرسي هو تنمية قدرة الطالب على مواجهة الضغوط النفسية والتسلح ضد القلق في الشدائد الحياتية، فكثير من الطلاب يواجهون عدد من المواقف والضغوط، وقليل منهم من يستطيع أن يتعامل معها، وهنا يبرز دور الخدمة النفسية في تدريب هؤلاء الطلاب على مهارات المواجهة أو التعامل مع المواقف الضاغطة وإحباطات الحياة اليومية وذلك حتى لا يصبحوا فريسة سهلة للضغوط الشديدة الواقعة عليهم فينتهي بهم المطاف إلى سوء التوافق الشخصي والاجتماعي.

(٢) تنمية المهارات الاجتماعية :



تعد المدرسة نقطة الالتقاء لعدد كبير من العلاقات الاجتماعية المتشابكة المعقدة، وهذه العلاقات هي المسالك التي يتخذها التفاعل الاجتماعي والقنوات التي يجري فيها التأثير الاجتماعي، ويمكن تحليل العلاقات الاجتماعية المركزة في المدرسة على أساس الجماعات المتفاعلة فيها، وأهم هذه المجموعات هي مجموعة الإداريين ومجموعة المدرسين ومجموعة التلاميذ، ونوع العلاقة التي تربط بين هؤلاء الأفراد هي التي تؤثر على مدى توافقهم الاجتماعي، مما ينعكس بدوره على أدائهم المدرسي.

ويعد تحسين العلاقات بين الأفراد داخل المجتمع المدرسي أحد أهم أهداف الخدمة النفسية المدرسية، إذ إن تحقيق جو نفسي صحي يعد مطلبًا أساسيًا لتحسين العملية التعليمية وهذا بدوره يتطلب تنمية قدرة الطلاب على تفهم الآخرين والتعاطف معهم وتلمس خبراتهم الوجدانية واستيعابها، ولتحقيق ذلك ينبغي تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطلاب وتنمية قدراتهم على إدارة العلاقات والتفاعلات مع الآخرين مما يشكل أساس الكفاءة الاجتماعية ويعزز شبكة العلاقات، ويعزز القدرات القيادية ويقوي مشاعر الانتماء للجماعة.

(٣) تنمية القدرة على حل المشكلات :

يتصور الطالب الذي يعاني من مشكلة ما، أن المشكلة التي تؤرقه هي من أعقد المشكلات التي يمكن أن تواجه أحد الأفراد، وأنه قد حاول قدر استطاعته التوصل إلى حل مناسب لها، ولكنه في كل مرة يفشل في الوصول إلى الحل المناسب. وهنا يأتي دور الإرشاد النفسي المدرسي ممثلة في الأخصائي النفسي المدرسي في تدريب الطلاب على مواجهة المشكلات التي تعترض

حياتهم، وتنمية قدرتهم على الوصول إلى الحلول المناسبة بتقديم حلول جاهزة. إذ إن هدف الإرشاد النفسي هنا ليس فقط حل المشكلات التي تواجه الطلاب وإنما إعدادهم لحل مشكلاتهم بأنفسهم في المستقبل، هنا يصبح دور الأخصائي النفسي دور المساعد فقط، فعلى الطالب أن يقترح أنسب الحلول لحل مشكلته في ضوء ما لديه من معلومات ومعطيات، فالأخصائي النفسي لا يفرض الحل ولا يختاره وإنما يوجه ويرشد عندما يجد أن الطالب يحيد عن الحل الصحيح.

(٤) تنمية القدرة على اتخاذ القرار :

هو أحد أهداف التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي، فكل طالب يمر بمرحلة حرجة في حياته تتطلب منه اتخاذ قرارات مصيرية يترتب عليها مستقبله فيما بعد، مثل انتقاله من المرحلة الإعدادية إلى المرحلة الثانوية، ففي أي اتجاه يسير ؟ هل يسير نحو التعليم العام أم التعليم الفني ؟ وإذا اختار التعليم الفني فأي منه يناسبه ؟ الصناعي أم التجاري أم الزراعي أم التمريض.. وإذا اختار أي مجال منهم فإلى أي قسم ينتسب؟ .. وهكذا، وهناك الكثير من الطلاب الذين يلاقون صعوبات ويحتاجون إلى مساعدة في عملية اتخاذ القرار، ومنهم من تنقصه المعلومات التي يمكنه الاستفادة منها، ومنهم من لديه معلومات ويعجز عن استخدامها، ومنهم من لا يستطيع الاختيار بين البدائل المتاحة، وهكذا فهناك نماذج متنوعة من الطلاب ولكن يجمعهم هدف واحد في النهاية هو رغبتهم في الوصول إلى القرار المناسب في الوقت المناسب.

وهنا يقوم الأخصائي النفسي المدرسي بتدريب الطلاب على أساليب وطرق اتخاذ القرار، ولماذا يتخذ قرار دون غيره، وما يمكن أن يترتب على اتخاذ قرار ما من خطورة مؤقتة في مقابل مستقبل أفضل، وكيف يستطيع الحصول على المعلومات المتصلة بالموضوع المراد اتخاذ قرار بشأنه، وكيف يقيم الاحتمالات المتوقعة لعدد من البدائل، وأخيرا كيف يستطيع اختيار أنسب الاحتمالات (أي اتخاذ القرار)، وهكذا يتحقق للطالب القدرة على الاستبصار الذاتي الذي يساعده في توجيه ذاته نحو القرار الأفضل.

(٥) تعديل وتغيير السلوك:

يستهدف التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي إلى تغيير وتعديل سلوك الطلاب من السلوك اللاسوي غير المرغوب إلى السلوك السوي المرغوب فيه، وذلك من خلال تطويع الأخصائي النفسي المدرسي لنظريات الإرشاد النفسي المختلفة لهذا الغرض، وانتقاء ما يتناسب منها من فنيات لمواجهة المشكلات السلوكية، والنفسية، والسلوكية المتنوعة. إذ إن الهدف من تعديل السلوك تحسين الضبط الذاتي وتطويره من خلال تحسين مهارات الطالب، وقدراته،وإمكانياته ومستوى استقلاليته.

(٦) تنمية طاقات الطلاب :

إن أحد الأهداف التي سعى إليها التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي هو توفير الفرص المناسبة والملائمة للطلاب لتنمو طاقاتهم وإمكانياتهم لأقصى حد ممكن، فمن خلال الكشف عن قدرات الطلاب وميولهم يمكن توصيلهم إلى الطرق التي يمكن أن يحققوا فيها أعلى مستوى من الكفاءة، هذا إلى جانب توفير السبل والإمكانات اللازمة لتحقيق هذا الهدف وذلك من خلال التعاون المستمر بين المدرسة ومؤسسات المجتمع الأخرى التي يمكن من خلال توفير الفرص المناسبة لهؤلاء الطلاب لتحقيق ذاتهم ومن ثم تحقيق توافقهم الشخصي والاجتماعي.

الآثار والاحتياجات النفسية

لم تؤيد نتائج البحوث والدراسات التي أجريت في هذا المجال فكرة وجود نمط شخصية معين أو مفهوم ذات معين يرتبط بأي إعاقة على وجه التحديد إذ إن الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة يتباينون في خصائصهم السيكولوجية كأقرانهم غير ذوي الإعاقة، وأنهم عادة ما يستجيبون لنفس العوامل التي تؤثر على النمو النفسي للأطفال الآخرين. ويعتمد تكيف هؤلاء الأطفال لأوجه القصور الجسمية التي يعانون منها واستجابتهم للمواقف الاجتماعية بين الشخصية على تلك الكيفية التي يستجيب بها آباؤهم وأخوتهم ومعلموهم وأقرانهم والآخرون نحوهم.

وهناك في واقع الأمر عوامل عديدة تعتبر مسؤولة عن تقبل الآخرين للأفراد ذوي الإعاقات. فالجماعات المهنية والمدنية تشجع على تقديم المساندة لهم، وتقلل من خوفهم عن طريق تقديم المعلومات اللازمة لهم، وتوفير التعليم العام كذلك فإن إصرار الحكومة على الحد من تلك الحواجز المعمارية التي يكون من شأنها أن تمنع المواطنين ذوى الإعاقات من استخدام واستغلال الخدمات العامة تعمل في الواقع على الإقلال من التمييز.

ولكننا بلا شك نجد أنه لا يزال هناك العديد من الأطفال ذوي الإعاقة يتعرضون إلى ان يرفضهم الآخرون. ويخشونهم، ويشفقون عليهم، ويميزون بينهم وبين الآخرين. وكلما كانت إعاقة الفرد أكثر وضوحاً كان من الأكثر احتمالا أن يدركه الآخرون سلبياً .

إن ذوي الإعاقة بشكل عام بحاجة إلى الخدمات النفسية التي تهتم بتكيفهم مع أنفسهم من جهة ومع العالم المحيط بهم من جهة اخرى ومساعدتهم على فهم انفسهم وفهم العالم المحيط بهم، والسعي إلى الوصول بهم إلى اقصى درجات النمو والتكامل في شخصياتهم وتحقيق ذواتهم ويسعى الإرشاد النفسي إلى مساعدة ذي الإعاقة على فهم وتقدير خصائصه النفسية ومعرفة إمكانياته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية. كما يهدف إلى خفض التوتر والاكتئاب والقلق لديه بالإضافة إلى تعديل بعض العادات السلوكية لديه ومساعدته على تحسين مفهومه عن ذاته.

وهكذا فإن الإرشاد النفسي يساعد ذوي الإعاقات على تجاوز مشاعر العجز وعدم الثقة بالنفس والاختلاف عن الآخرين والفشل وتمكينهم من القدرة على التفاعل مع الآخرين والتعبير عن عواطفهم ومشاعرهم في مناخ لا يمارس عليهم القمع والتوتر وضبط انفعالاتهم ومساعدتهم على تطوير اتجاهات إيجابية نحو الحياة والعمل وعلى مواجهة مشكلاتهم وإيجاد حلول لها ومن واجبات الأخصائي النفسي تجاه ذي الإعاقة فيما يلي:

- إزالة مخاوف ذي الإعاقة.
- تبصيره بإمكاناته وقدراته.
- تصحيح بعض المفاهيم عنده عن المجتمع.
- مساعدته على تخطيط نشاطاته وسلوكياته.

- مساعدته على تقبل حالته وان يقبل دوره في الحياة.
- مساعدته في التخلص من نزعاته العدوانية نحو نفسه والآخرين.
- مساعدته على تكوين علاقات طيبة مع الآخرين وأن يحب أفراد أسرته ومجتمعه.

مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذوو الإعاقات :

يترتب على الإعاقة العديد من المشكلات النفسية والصحية بالإضافة إلى الضغوط الأسرية والاجتماعية مما يجعل الإعاقة سبباً في مواقف ضاغطة متعددة. من ناحية أخرى، فإن إدراك الفرد للإعاقة على أنها موقف ضاغط يعتبر أحد العوامل الذي تحدد شدة الضغط. فشدة الضغط تعتمد على تفسير الفرد للمواقف التي يمر بها. أضف إلى ذلك أن إدراك الفرد ان إعاقته في غاية الإزعاج والإحباط وأن حياته لا تستقيم معها يجعله يشعر بالضغط النفسي بدرجة شديدة، وبالمقابل فإن الفرد ذي الإعاقة الذي يدرك إعاقته على أنها أمر يمكن تجاوزه، لا يشعر أن الأمر مثير للضغط النفسي.

وهناك ثلاثة مصادر للضغوط التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد بشكل عام وذي الإعاقة بشكل خاص:

المصدر الأول: الإحباط

هي عبارة عن الحالة النفسية التي يمر بها الفرد بسبب العقبات والموانع التي تحول دون تحقيق الفرد ذي الإعاقة لحاجاته البيولوجية والمكتسبة ومن بين هذه العقبات ما يلي:

أ ـ العقبات البيئية: هي المحددات المادية الموجودة في البيئة التي يعيش فيها الفرد ففي حالات ذوى الإعاقة الحركية، و ذوى الإعاقة البصرية مثلاً يمكن أن تكون المحددات تلك المباني التي لا يستطيعون الوصول إليها بسبب عدم وجود التسهيلات البيئية كالممرات الخاصة وما إلى ذلك.

ب ـ العقبات الاجتماعية: وتتمثل في التحيز الاجتماعي والاتجاهات السلبية نحو ذوي الإعاقة واستبعادهم من النشاطات الحياتية المختلفة التي يمارسها غير ذوي الإعاقة في المجتمع. وتعتبر الإحباطات الاجتماعية أكثر إيذاء للأفراد ذوي الإعاقة، وذلك لأنها تمنعهم

من ممارسة حياتهم العادية خاصة إذا علمنا أن هذا النوع من الإحباطات الاجتماعية يمارس بشكل خفي، فالقوانين يمكن أن تعالج حقوق ذوي الإعاقة ولكنها لا تمنع الممارسات غير المعلنة من قبل المجتمع.

المصدر الثاني: الصراعات

مصدر آخر من مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذي الإعاقة . فقد يضطر الفرد ذي الإعاقة أن يقيد نفسه ويحددها بأهداف حياتية تتعلق بالعمل الذي سيمارسه مستقبلاً وذلك بسبب طبيعة الإعاقة التي يعاني منها، من هنا، فإن اختيارات الفرد ذي الإعاقة تعتبر قليلة ومحدودة مقارنة باختيارات الفرد غير ذي الإعاقة.

المصدر الثالث: المطالب الاجتماعية

تعتبر أحد مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذي الإعاقة، وتشمل توقعات المجتمع فيما يتعلق باستجابات الفرد ذي الإعاقة. فإذا كانت تلك التوقعات غير واقعية أو يصعب تحقيقها، فإنها تزيد من شدة الضغوط النفسية لديه وتجعله يشعر بالضيق والحرج. وبالمقابل إذا كانت التوقعات مقبولة ويمكن أن يحققها الفرد ذي الإعاقة، فإن ذلك يساعد في تحديد التكيف الإيجابي لديه.

الاحتياجات الإرشادية لذوي الإعاقات :

مع أن الأفراد ذوي الإعاقة كفئات أو أفراد يختلفون فيما بينهم فيما يتعلق بخصائصهم الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، إلا أنهم يتشابهون في بعض الخصائص والحاجات العامة. ومع الاعتراف بأن الأفراد ذوي الإعاقات يتشابهون أيضاً مع الأفراد غير ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحاجات البيولوجية والإنسانية الأساسية، إلا أن لديهم مشكلات وحاجات خاصة في مجالات محددة منها مجال الإرشاد النفسي، وفيما يلي عرضاً لأهم المشكلات والاحتياجات الإرشادية للأفراد ذوي الإعاقات كما وردت في أدبيات إرشاد الفئات الخاصة التي يحتاجون فيها إلى المساعدة:



(١) مفهوم ذات سلبي.
(٢) فقدان ضبط الذات.
(٣) تصور جسمي مشوه.
(٤) فقدان مصادر الإثابة والمتعة.
(٥) الرفض والعزلة الاجتماعية.
(٦) الاتجاهات السلبية نحو الإعاقة.
(٧) تغيير ديناميات وعلاقات الأسرة.
(٨) عدم القدرة على التحكم في البيئة.
(٩) الاضطرابات في الحياة الاجتماعية.
(١٠) الصعوبة في تقبل الإعاقة والتكيف معها.
(١١) الاضطراب في الأدوار الاجتماعية والمهنية.
(١٢) فقدان أو نقص المهارات الاجتماعية المناسبة.
(١٣) فقدان الاعتماد على الذات والاستقلال الاقتصادي.
(١٤) التردد وعدم المشاركة في الإجراءات والبرامج العلاجية التأهيلية.
(١٥) ضعف الدافعية والتي غالباً ما تكون مصحوبة بعائدات أو مكاسب لا شعورية للفرد ذي الإعاقة.
(١٦) الاعتمادية على الآخرين في المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية.

خدمات الإرشاد النفسي

تبرز أهمية الإرشاد النفسي لذوي الإعاقات من حيث حاجتهم إلى خدمات متخصصة تؤدى إلى مساعدتهم في التخفيف من الآثار السلبية لإعاقتهم، ويمكن تعريف خدمات الإرشاد النفسي بأنها الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الشخص ذي الإعاقة مع نفسه من جهة ومع البيئة المحيطة به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع هذه

البيئة والوصول بالفرد إلى أقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته".

وتعتبر الحاجة إلى الإرشاد من الحاجات الأساسية للأفراد ذوي الإعاقة وذلك بسبب ما يتعرض له الفرد ذي الإعاقة في مراحل حياته المختلفة من مشكلات وضغوط نفسية تفرض عليه طلب المساعدة من مهنيين متخصصين يمكنهم تقديم المساعدة في حل المشكلات التي تعترضهم.

وفيما يلي أهم الأساليب المستخدمة في مجال الإرشاد النفسي لذوي الإعاقات :

(١) **الإرشاد الفردي:** يمكن استخدام هذا الأسلوب الإرشادي حسب طبيعة المشكلة ونوع ودرجة الإعاقة، حيث يتم التركيز هنا على خطة العمل الفردي حيث أن الإرشاد الفردي يعتمد على طبيعة المشكلة وخصائص الشخص ذي الإعاقة ويتم الإرشاد الفردي في مراحل متعددة من حياة الشخص ذي الإعاقة، وتستخدم المقابلة الفردية كأسلوب وطريقة عمل.

(٢) **الإرشاد السلوكي:** يعد هذا النوع تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان الإرشاد النفسي وهو يتضمن عدداً من الطرق والأساليب الإرشادية والعلاجية التي استحدثت في السنوات الأخيرة، وعلى الرغم من أن الطرق والأساليب الإرشادية الحالية تتباين ما بين العلاج بالتحصين التدريجي والعلاج بالغمر والنمذجة والتنفير.. وغيرها إلا أنها تشترك جميعًا في التصورات النظرية. ويفيد العلاج السلوكي في تعديل كثير من المشكلات السلوكية والنفسية التي يتعرض لها ذوي الإعاقة والتي من بينها كثير من المشكلات السلوكية والسلوك العدواني والمخاوف المرضية.. وغيرها. ولعل أهم إسهامات العلاج السلوكي تتضح في تنمية ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة - خاصة فئة القابلين للتعلم - حيث يتم تنمية سلوكهم اللفظي والعملي ومهاراتهم في التفاعل الاجتماعي واعتمادهم على أنفسهم من خلال استخدام الفنيات السلوكية المختلفة كالتعزيز والتشكيل والتعميم والتمييز.. وغيرها من الفنيات الأخرى.

(٣) **الإرشاد الجمعي:** يستخدم هذا الأسلوب في حالة تشابه المشكلات وتقارب العمر الزمني والعمر العقلي للمجموعة الإرشادية، ويكون عدد ذوي الإعاقة الأعضاء في المجموعة

الإرشادية ما بين (٦ - ٨) ويعانون من مشكلات متشابهة ويتم اختيار اعضاء المجموعة الإرشادية بعد لقاءات فردية معهم، ويتم في البداية الاتفاق على تحديد بعض الإجراءات التي يجب أن تلتزم بها المجموعة الإرشادية.

(٤) **الإرشاد المعرفي:** وهو يشير إلى تشكيلة من الاتجاهات العلاجية التي تعتمد في أسلوبها الأساسي على تعديل النماذج الخاطئة في تفكير الفرد ذي الإعاقة، فالتركيز ينصب على أسلوب تفكيره ومشاعره وسلوكياته لكي يتم فهم العلاقة التبادلية بين التفكير والانفعال والسلوك، ومن بين المشكلات التي يهتم الإرشاد المعرفي بحلها لدى ذوي الإعاقة: القلق، الاكتئاب، المخاوف المرضية.. وغيرها من المشكلات التي يكون فيها هؤلاء الأشخاص أكثر تمسكاً بالأفكار اللاعقلانية من الآخرين.

(٥) **الإرشاد باللعب:** يعتبر هذا النوع من الإرشاد ذو قيمة وفائدة مع ذوي الإعاقة عقليًا وذلك عند تغيير انماط من السلوكيات اللاتكيفية ممثلة في السلوك المنحرف أو اللااجتماعي أو العدواني ويكون العلاج في غرفة اللعب إما فرديًا أو جماعيًا باستخدام وسائل لعب غير قابلة للكسر... الخ.

أدوار الأخصائي النفسي بمدارس وبرامج التربية الخاصة:

إن دور الأخصائي النفسي الذي يقوم به في بمعاهد وبرامج التربية الخاصة يحدده كل من Tucker, R. L., ؛ Maes, W. (1978)؛ Cochrane, P. V., & Marini, B. (1977) Tarver-؛Tarver Behring, S., et al. (1998) ; (١٩٩٦) ؛وصادق et al. (1986) والببلاوي؛ Behring S. & Spagna M. E. (2004) Amy S. M. (2002, 331-338) وعبد الحميد (٢٠٠٤) ؛ و الكيلاني والروسان (٢٠٠٦) وذلك على النحو التالي:

(أ) التعاون مع الفريق المدرسي:

الأخصائي النفسي هو أحد أعضاء الفريق المدرسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة الذي يضم الأخصائي الاجتماعي، واخصائي التخاطب، ومعلم التربية الخاصة، ومدير المعهد أو البرنامج وأولياء الأمور وأحيانا قد يتطلب الأمر وجود أطباء من تخصصات مختلفة

كالعلاج الطبيعي والأعصاب والعيون .. وغيرهم ، والأخصائي النفسي له دور بارز في ذلك الفريق لما يقوم به من دور المنسق بين تلك الخدمات التي يقدمها أعضاء هذا الفريق، وكذلك لما يقدمه من خدمات في مجال التوجيه والإرشاد التربوي والنفسي، والتعاون مع إدارة المعهد او البرنامج والمعلمين في قبول وتصنيف ذوي الإعاقات وتوزيعهم وفقاً للقواعد المعمول بها في تلك المعاهد والبرامج، وكذلك إعداد الخطة التربوية الفردية، والتقويم الشامل، وغيرها من المهام الأخرى وفي إطار هذا الدور يقوم الأخصائي النفسي بما يلي:

(١) المشاركة في قبول الحالات - الأطفال ذوي الإعاقات - بمعاهد وبرامج الدمج بعد دراسة خصائص كل حالة بشكل منفرد، والتعرف على مدى توفر شروط القبول بها، وهنا يكون معيار الأخصائي هو مدى إمكان استفادة تلك الحالات من برنامج الخدمات الموجود بالمعهد أو البرنامج، ومراعاة العامل الإنساني أو الاجتماعي، ودون تقبل أية ضغوط غير موضوعية في هذا المجال .

(٢) القيام بتصنيف الحالات، وذلك من خلال التعرف على أفضل المؤشرات لوصف الأداء الفعلي لكل حالة واعتبارها محكات للتصنيف أو التقسيم، والذي يمكن اعتباره فرضاً قابلاً للتحقيق أو التعديل، ويتطلب ذلك جمع البيانات عن الحالة بعد تصنيفها وتسكينها في مجموعة معينة، ومتابعة مدى ونوع أدائها ومدى تجانسها مع غيرها من الحالات الأخرى في نفس المجموعة حتى يضمن - الأخصائي النفسي - افضل أداء للحالة وأحسن توافق ممكن .

(٣) المشاركة في عملية التقويم الشامل للتلميذ، وذلك بهدف التعرف على إمكاناته، وأوجه القصور التي يعاني منها، عن طريق مقابلة التلميذ أو ولي الأمر، أو اللجوء لمصادر البيانات الأخرى المتاحة، وتتكامل البيانات المتوفرة في التقارير الطبية والاجتماعية والتعليمية إن وجدت، ومن ثم يجب على الأخصائي إجراء الاختبارات المناسبة والمقننة محلياً ، للتعرف على المسببات - إن أمكن - وعلى الخصائص الظاهرة من السلوك التي تؤثر في الأداء إيجاباً أو سلباً ، مع تأكيد الحاجات الخاصة للحالة التي يجب أن تراعى خلال البرنامج، ومن ثم رسم مآلها بموضوعية .

(٤) يقوم الأخصائي النفسي بدور استشاري للمعلمين والهيئة الإدارية بالمعهد أو البرنامج فيما يتعلق بالمشكلات التربوية والنفسية التي تواجه بعض التلاميذ.

(٥) يشترك مع إدارة المعهد أو البرنامج في وضع الحصص الدراسية وذلك لضمان توزيع المواد وفقا للأسس النفسية والتي تأخذ في الاعتبار طبيعة تلك المواد وطول اليوم الدراسي وزمن كل حصة، وعلاقة كل ذلك بخصائص التلاميذ ذوي الإعاقات الذهنية والتحصيلية، وكذلك أعمارهم الزمنية.

(٦) عقد اجتماعات دورية مع إدارة المعهد أو البرنامج والمعلمين لمناقشة بعض المشكلات المدرسية، مثل: الغياب المتكرر، والتأخر الصباحي، والسلوك الفوضوي وعدم الترتيب، والمشكلات الصفية الأكاديمية.. وغيرها مما يستوجب معه مواجهتها وذلك للتعرف على الأسباب ووضع الحلول المناسبة للحد منها.

(٧) التعاون مع المعلمين في حل مشكلات التلاميذ ذوي الإعاقات المتأخرين دراسيًا أو من يعانون من صعوبات تعلم.. وغيرها من المشكلات التربوية ذات الصلة، وذلك بدايةً من تحديد أسباب المشكلة حتى وضع الحلول المناسبة لها.

(٨) إشراك المعلمين في إجراء دراسات الحالة للتلاميذ ذوي الإعاقات الذين يعانون من بعض المشكلات السلوكية أو النفسية كالعدوانية، والسرقة، والكذب، والتخريب، والخجل، وإيذاء الذات، والقلق، والعزلة الاجتماعية.. وغيرها من المشكلات الأخرى، ويناقش معهم أيضًا نتائج الاختبارات النفسية للوقوف على أنسب طرق التعامل مع هؤلاء التلاميذ بما يساعدهم على اجتياز مشكلاتهم.

(ب) التقييم النفسي :

يعد التقييم النفسي أحد الأدوار البارزة التي يلعبها الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة، ولتحقيق هذا الدور يطبق الاختبارات والمقاييس العقلية والنفسية والشخصية المنوعة، ويستخدم ايضًا وسائل جمع المعلومات الأخرى كالمقابلة، والملاحظة، ودراسة الحالة، والبطاقة المجمعة.. وغيرها من الوسائل التي تعينه على جمع أكبر قدر من

المعلومات الموثوق بها لتوظيفها في إعطاء تفسيرات دقيقة عن الطالب.. ومن بين ما يقدمه الأخصائي النفسي للتلاميذ في إطار هذا الدور ما يلي:



(١) تطبيق المقاييس العقلية واختبارات الذكاء للتلاميذ للتعرف على ما يتمتعون به من قدرات عقلية ومعاملات ذكائهم وذلك إما لقبولهم بمعاهد وبرامج التربية الخاصة أو لتصنيفهم داخل المعهد أو البرنامج، أو الاستعانة بتلك التقديرات في التوجيه التربوي.

(٢) الكشف عن القدرات العامة والاستعدادات الخاصة لدى التلاميذ ذوي الإعاقات، واستغلالها في كافة المجالات سواءً الرياضية أو الفنية أو العلمية.. وغيرها.

(٣) الكشف عن الميول الأكاديمية والمهنية لدى التلاميذ ذوي الإعاقات ومدى مطابقتها لقدراتهم واستعداداتهم الفعلية.

(٤) التعرف على المستويات التحصيلية للتلاميذ ذوي الإعاقات للوقوف على نقاط القوة وتنميتها وجوانب الضعف وعلاجها.

(٥) التعرف على المشكلات النفسية لدى التلاميذ ذوي الإعاقات كالمخاوف المرضية أو القلق، أو الشعور بالوحدة النفسية، أو الشعور بالنقص والدونية ....وغيرها من الاضطرابات التي قد تهدد أمنهم وسلامتهم النفسية.

(٦) التعرف على مدى توفر بعض المهارات والقدرات العقلية لدى التلاميذ ذوي الإعاقات التي يحتاجونها لدراسة منهج ما أو نوع معين من الدراسة، ويمكن الحصول على هذه المعلومات بتطبيق اختبارات الاستعدادات ومقاييس القدرات العقلية، والتي تتم قبل بدء العملية التعليمية.

(٧) التعرف على صعوبات التعلم والتأخر الدراسي لدى بعض التلاميذ وتحديد المشكلات التي تحتاج إلى تدريس علاجي.

(٨) التعرف على مدى تحقيق البرامج التربوية وبرامج التوجيه والإرشاد النفسي لأهدافها.

(٩) يقوم الأخصائي النفسي في ظل دوره في عملية التقييم بإعداد التقرير الختامي للإنجازات التي تمت في ضوء الخطة التي تم وضعها مسبقاً .

(ج) المشاركة في إعداد الخطة التربوية الفردية وتنفيذها :

من الجدير بالذكر أن تعليم التلاميذ ذوي الإعاقات وتعديل سلوكهم يحتاج إلى تطبيق ما يعرف بالخطة التربوية الفردية، سواءً كانت هذه الخطة تعليمية أو سلوكية، وتحتاج الخطة التربوية الفردية في تخطيطها وتنفيذها إلى عمل جماعي، والتي يتعاون في تنفيذها فريق العمل المدرسي ويلعب الأخصائي النفسي دورًا مهمًا في تعديل السلوك خاصة إذا كان هذا السلوك يقف حجر عثرة أمام تقدم التلميذ التعليمي وذلك من خلال قيامه بالأدوار التالية :

(١) تزويد أعضاء الفريق المدرسي بنتائج المقاييس والاختبارات التي يتم تطبيقها على التلاميذ، للاستفادة منها في ما يقومون به من دراسة لحالة التلاميذ .

(٢) ترجمة خصائص التلميذ بما تشتمل عليه من جوانب تميز أو جوانب قصور إلى برنامج له أهداف إجرائية معينة في فترة زمنية محددة يقوم خلالها الأخصائيون في المعهد أو البرنامج بواجبات فردية أو جماعية للتعامل مع الحالة، وتنمية إمكاناتها وعلاج جوانب القصور فيها.

(٣) ترجمة أهداف الخطة التربوية الفردية إلى انماط سلوكية، وعادات، ومفاهيم ومهارات، يقوم بشرحها للمدرس أو ولي الأمر، ويحدد نوع المواقف والإمكانات والأنشطة التي يمكن أن تستخدم مع التلميذ، ومتابعتها في تقديم التقارير اللازمة لمناقشتها جماعيًا من خلال الفريق، وتحديد الخطوات التالية للبرنامج .

(٤) تزويد فريق الخطة التربوية الفردية بمعلومات ونتائج تحليل السلوك غير المرغوب فيه، وخاصة إذا كان هذا السلوك يقف حائلاً يعيق تقدم التلميذ التعليمي . ويتضمن

هذا النوع من التقويم جمع بيانات بأسلوب المقابلة، وتحديد الأوقات التي يقع فيها السلوك المشكل ودرجة تكراره، وملاحظة المواقف التي يظهر فيها السلوك . وهنا لا يقتصر دور التقويم الوظيفي عند مجرد التعرف على القابلية للتعلم، بل يتجاوزه إلى التعرف على احتياجات التلميذ المعوق وتطوير برنامج فعال لإشباع هذه الاحتياجات .

(د) توثيق العلاقة بين البيت والمعهد أو البرنامج :



يتعاظم دور الأخصائي النفسي مع أولياء الأمور الأطفال ذوي الإعاقات نتيجة لما يتعرض له هؤلاء الوالدين من ضغوط نفسية بسبب التأثير السلبي أو المحبط الذي يحدثه وجود طفل معوق داخل الأسرة أو ما بسبب ما يتسم به ذلك الطفل من خصائص سلبية، مما يثير لدى الوالدين الشعور بالتوتر والضيق والقلق والحزن والأسى، بالإضافة أيضًا إلى ما قد يعانوه من بعض الأعراض النفس جسمية أو السيكوسوماتية والتي تستنفذ طاقاتهم وربما تقلل من قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال. وهنا يأتي دور الأخصائي النفسي في تقديم المساعدة لأولياء الأمور لتخطي تلك المشكلات، وغيرها من المشكلات التعليمية والنفسية التي يتعرض لها أبناؤهم أيضًا ، ولن يتأتى للأخصائي النفسي القيام بهذا الدور إلا من خلال إيجاد قنوات اتصال بينه وبين المنزل سواء من خلال المكالمات التليفونية، أو اللقاءات، أو الندوات، أو الجلسات الإرشادية، أو اجتماعات مجالس المعهد أو البرنامج والجمعية العمومية ، وذلك للقيام بواحد أو أكثر من الأدوار التالية:

(١) مساعدة الوالدين في التغلب على المشاعر السلبية التي قد تعتري أحدهما أو كليهما بسبب إعاقة طفلهما، لتحسين توافقهما على المستويين الشخصي والاجتماعي.

(٢) تبصير الوالدين بأبعاد مشكلة طفلهما من خلال بعض المعلومات المبسطة عن طبيعة الإعاقة وخصائصها، وسبل مساعدة الطفل.

(٣) عقد ندوات ومحاضرات مع أولياء الأمور لتعريفهم بكيفية التعامل السليم مع أطفالهم ذوي الإعاقات من خلال تعريفهم بالأساليب السوية واللاسوية في التعامل معهم.

(٤) تقديم المعلومات والبيانات لأولياء الأمور التي تتعلق بمستويات التحصيل الدراسي لأبنائهم واختباراتهم النفسية وحالاتهم الصحية وسيرتهم السلوكية داخل المعهد أو البرنامج.

(٥) توجيه نظر أولياء الأمور نحو أبنائهم ممن يتمتعون بقدرات عقلية ومهارات خاصة، وذلك للعمل على إتاحة الفرص المناسبة أمامهم لتنميتها.

(٦) عقد لقاءات مع أولياء الأمور يقدم من خلالها الأخصائي النفسي كتيبات ونشرات تحتوي على طبيعة الخدمات الإرشادية المدرسية التي يمكن تقديمها لأبنائهم وكيفية الاستفادة منها.

(٧) تشجيع أولياء أمور التلاميذ الذين يعانون من مشكلات أو يحتاجون إلى خدمات نفسية من نوع خاص على المشاركة في البحث عن الأسباب الحقيقية التي تقف وراء معاناتهم ومساعدتهم في التغلب عليها.

(٨) عقد لقاءات مفتوحة مع أولياء الأمور لمناقشة كيفية مساعدة أبنائهم التلاميذ على اتخاذ القرارات المهمة بشأن مستقبلهم.

(٩) تبصير الوالدين بالحقائق المتعلقة بنمو ونضج طفلهما المعوق وأنه قد يختلف في سرعة ومعدل نموه، بالمقارنة بأقرانه العاديين.

(١٠) تقديم صورة متكاملة عن الطفل وقدراته وإمكاناته مما يساعد والديه على رسم صورة حقيقية لطفلهما وتوقع ما يمكنه إنجازه، وتجنب الإحباطات المحتملة نتيجة التوقعات غير الحقيقية والتي تنعكس على سلوكهما وأسلوب معاملتهما لطفلهما المعوق.

(١١) مساعدة أولياء الأمور في التعرف على الأماكن التي يمكنها تقديم الخدمات لأطفالهم ذوي الإعاقات (عيادات، مراكز تقويم، جماعات أو رابطة دعم، وورش العمل أو المؤسسات التعليمية.. وغيرها).

(هـ) التوجيه والإرشاد التربوي :

يعد الإرشاد والتوجيه التربوي أحد الأدوار المتميزة التي يقوم بها الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة، والتي من خلالها يقدم للتلاميذ العديد من الخدمات التي تهدف إلى تحقيق التوافق مع البيئة المدرسية، وتخطي مشكلات الاستذكار والعقبات الدراسية الأخرى لدى البعض منهم . وذلك من خلال قيامه بالأدوار التالية :



(١) استقبال التلاميذ ذوي الإعاقات الجدد مع بداية كل مرحلة تعليمية جديدة وبث الطمأنينة في نفوسهم وتعريفهم بطبيعة المرحلة التعليمية التي يدرسون بها وتزويدهم بجدول الحصص وتعريفهم بالمعلمين وأعضاء الهيئة الإدارية بالمعهد أو البرنامج.

(٢) عمل سجل مجمع (شامل) لكل تلميذ، يتضمن بيانات أولية عن الطالب وأسرته و بياناته الصحية والدراسية ومستواه التحصيلي في السنوات السابقة، وينتقل هذا السجل المجمع مع الطالب من فرقة دراسية إلى أخرى ومن مرحلة تعليمية للتي تليها وذلك للاستفادة منه في توجيه الطالب مع إضافة أي بيانات تستجد عن الطالب أولا بأول.

(٣) متابعة حالات الغياب والتأخر صباح كل يوم دراسي وذلك من خلال الإطلاع المستمر على سجلات الحضور والغياب وسجلات التأخر اليومي للتلاميذ ذوي الإعاقات،

ومناقشة أولياء الأمور في أسباب عدم انتظام أطفالهم في الحضور لوضع الحلول المناسبة لتجنب ذلك في المستقبل.

(٤) وضع الخطط لتقويم التحصيل الدراسي للتلاميذ ذوي الإعاقات وتشخيص الأسباب التي تعطل مسيرة تعليمهم.

(و) الإرشاد النفسي :



الأخصائي النفسي هو المسؤول الأول بمعاهد وبرامج التربية الخاصة عن تقديم الخدمة النفسية، فهو الذي يساعد التلاميذ ذوي الإعاقات في التغلب على مشكلاتهم المدرسية، ومشكلاتهم مع أقرانهم ومعلميهم،، ومشكلات الرضا عن الذات، والمشكلات السلوكية والمشكلات النفسية ومشكلات سوء التوافق.. وغيرها من العديد من المشكلات، ولا يقف دور الأخصائي النفسي عند تقديم الخدمة النفسية للطالب بل يمتد إلى تقديم العون للمعلمين وإدارة المعهد أو البرنامج لمعاونتهم على أداء عملهم والرضا عنه وتحقيق جو من الألفة والمودة بين بعضهم البعض، وبينهم وبين التلاميذ ذوي الإعاقات وذلك من خلال تهيئة المناخ المدرسي الملائم للعمل والإنجاز. ومن خلال هذا الدور –أي من خلال تقديم الاستشارات النفسية - يقدم الأخصائي النفسي خدماته في إطار مناهج الخدمة النفسية الإنمائية والوقائية والعلاجية لتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للتلاميذ. وذلك على النحو التالي:

(١) في إطار الدور الإنمائي: يقوم الأخصائي النفسي بمساعدة التلاميذ ذوي الإعاقات على تكوين عادات واتجاهات وقيم إيجابية ويعمل أيضًا على تنمية مهاراتهم الذاتية والاجتماعية التي تعينهم على مواجهة الحياة.

(٢) في إطار الدور الوقائي: يقوم الأخصائي النفسي بإعداد البرامج الإرشادية للوقاية من المشكلات النفسية والسلوكية التي قد يقع فيها التلاميذ ذوي الإعاقات عادة في المراحل العمرية المختلفة من خلال محاولة الكشف المبكر عن هذه المشكلات لمواجهتها بما يحقق في النهاية مبادئ التوعية الوقائية.

(٣) في إطار الدور العلاجي: يقوم الأخصائي النفسي بإعداد البرامج العلاجية لمواجهة العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يعاني منها بعض التلاميذ ذوي الإعاقات بالفعل وخاصة تلك الاضطرابات البسيطة التي يمكن علاجها في ظل الدور العلاجي المحدد الذي يقوم به الأخصائي النفسي.

(٤) أما في إطار القيام بعملية الإحالة: قد لا تقع إحدى المشكلات التي يعاني منها التلميذ ذي الاحتياجات الخاصة في نطاق خبرة الأخصائي النفسي، في هذه الحالة يتعين عليه ان يتخذ قرار بإحالة التلميذ إلى متخصص آخر .

(ز) فتح قنوات تواصل مع بالمجتمع المحلي :

لا ينحصر دور الأخصائي النفسي داخل أسوار المعهد أو البرنامج وإنما يتعدى هذا النطاق من خلال انفتاحه على البيئة المحيطة بما فيها من مؤسسات ومنظمات وجماعات، والتي منها ما هو رسمي ومنها ما هو غير رسمي كالجمعيات الأهلية (غير الحكومية)، ومنها ما هو متخصص ومنها ما هو غير متخصص ؛ وذلك للاستفادة منها في خدمة التلاميذ ذوي الإعاقات سواء بنقل خدماتهم إلى المعهد أو البرنامج أو انتقال التلاميذ لها للاستفادة من الخدمات المقدمة فيها. ومن الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي في هذا الصدد ما يلي:

(١) الحصول على معلومات عن الهيئات والمراكز المحلية التي يمكنها تقديم المساعدات المنوعة للتلاميذ ذوي الإعاقات كأفراد وكجماعات.

(٢) الاتصال ببعض الهيئات الإعلامية المقروءة والمسموعة والمرئية لنشر الوعي بطبيعة التلاميذ ذوي الإعاقات، وخصائصهم واحتياجاتهم، ونشر الوعي بين أفراد المجتمع للتعرف على سبل تجنب الإصابة بالإعاقة .

(٣) التنسيق مع بعض الجهات المختلفة التي يمكنها توفير الفرص المتنوعة للتلاميذ ذوي الإعاقات لاستغلال أوقات فراغهم.

(٤) رسم الخطط المتعلقة بالزيارات الميدانية للشركات والمصانع والمعارض والمتاحف .. وغيرها من الأماكن التي قد يحتاج التلاميذ إلى معلومات عنها يضيفونها إلى رصيد خبراتهم.

(ح) إجراء البحوث والدراسات العلمية :

إذا كانت الأدوار السابقة لها أهميتها في عمل الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة فإن دوره في إجراء البحوث والدراسات والإسهام فيها يعد أحد أدواره المتفردة في إطار الخدمات التي يقوم بها في مجال التربية الخاصة، وذلك لما لهذه البحوث من قيمة علمية وعملية تعمل على دفع عجلة الخدمة النفسية بالمعهد أو البرنامج وتساعده على أداء أدواره بفاعلية. ومن الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي في هذا الصدد ما يلي:

(١) وضع خطط البحوث والدراسات المتعلقة ببعض مشكلات التلاميذ ذوي الإعاقات والإشراف على تنفيذها، وإطلاع هيئة التدريس والهيئة الإدارية على نتائج هذه البحوث للاستفادة منها.

(٢) التواصل مع أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال التربية الخاصة بالجامعات ومراكز البحوث التربوية والنفسية لإجراء بعض الدراسات التي تتعلق بالمشكلات ذات التأثير على سير العمل بالمعهد أو البرنامج للبحث عن أسباب تلك المشكلات وأنسب الطرق لعلاجها.

(٣) الاشتراك في المؤتمرات والندوات التي تعقد بالجامعات والهيئات المختلفة للتعرف على الجديد في مجال التربية الخاصة.

(٤) تقديم المساعدة للباحثين في مجال التربية الخاصة عند إجرائهم للبحوث النفسية بالمعهد أو البرنامج وتذليل العقبات الإدارية أمامهم وتبصيرهم بظروف وطبيعة التلاميذ ذوي الإعاقات، وتقديم كافة البيانات والسجلات التي تعينهم على أداء عملهم بكفاءة.

(٥) إجراء البحوث والدراسات النفسية بالتعاون مع زملائه الأخصائيين النفسيين للوقوف على مدى انتشار ظاهرة معينة كالتسرب، أو الرسوب، أو تدني مستوى التحصيل أو تكرار الغياب.. وغيرها من المشكلات للتعرف على أسبابها وسبل علاجها.

(ط) المشاركة في الأنشطة اللاصفية:

ويقصد به الدور الذي يقوم فيه الأخصائي النفسي بالتنسيق مع رائد النشاط أو القائم بعمله في توجيه وإرشاد التلاميذ للمشاركة في الجمعيات المدرسية والأنشطة المدرسية المنوعة، والمشاركة في الرحلات والزيارات المدرسية، وإعداد الصحف الحائطية، وتقديم البرامج الإذاعية المدرسية، والمسابقات والأنشطة التي تكشف عن مواهبهم وميولهم وقدراتهم. . . وغيرها من الأنشطة الأخرى مستثمراً النشاط الطلابي كوقاية أو علاج أو تنمية لبعض حالات التلاميذ السلوكية والشخصية.

(١) تشجيع التلاميذ ذوي الإعاقات على المشاركة في الأنشطة المدرسية المختلفة وفقاً لقدرات وميول كل واحدٍ منهم بما يساعدهم على الاندماج مع زملائهم وتفريغ طاقاتهم الجسمية في انشطة وهوايات مفيدة.

(٢) تشجيع التلاميذ ذوي الإعاقات على أن يسهموا في البرامج الإذاعية المدرسية، وحثهم على المشاركة في إعداد الصحف الحائطية بالمعهد أو البرنامج، والمشاركة في الجمعيات المدرسية (كجماعة الخطابة والكشافة ..) وما إلى ذلك من انشطة .

(٣) تحفيز التلاميذ ذوي الإعاقات على المشاركة في المسابقات الرياضية والفنية التي تكشف عن مواهبهم وميولهم، ومنحهم المكافآت المادية والعينية للمشاركة في تلك المسابقات .

(٤) تنظيم الرحلات المدرسية التعليمية والترفيهية للتلاميذ ذوي الإعاقات، واستغلال تلك الرحلات في دعم روح الصداقة والألفة بينهم، وخاصة التلاميذ الذين يميلون للعزوف عن المشاركة في الأنشطة المدرسية .

مبادئ عامة تحكم عمل الأخصائي النفسي المدرسي:

هناك عدد من المبادئ العامة التي تحكم عمل الأخصائي النفسي المدرسي، أهمها:

(١) أن يكون مظهره العام معتدلاً ، بعيداً عن المظهرية والإبهار، محترمًا في مظهره، ملتزمًا بحميد السلوك والآداب .



(٢) أن يلتزم بصالح التلميذ ورفاهيته، ويتحاشى كل ما يتسبب - بصورة مباشرة أو غير مباشرة - في الإضرار به .

(٣) السعي إلى إفادة المجتمع، ومراعاة الصالح العام، والشرائع السماوية، والدستور، والقانون.

(٤) أن يكون متحررًا من كل أشكال وأنواع التعصب الديني أو الطائفي، وأشكال التعصب الأخرى، كالجنس أو السن او العرق أو اللون .

(٥) أن يحترم في عمله حقوق الآخرين في اعتناق القيم والاتجاهات والآراء التي تختلف عما يعتنقه، ولا يتورط في اي تفرقة على اساسها .

(٦) أن يقيم علاقة موضوعية متوازنة مع التلميذ، اساسها الصدق وعدم الخداع، ولا يسعى للكسب، أو الاستفادة من التلميذ بصورة مادية أو معنوية، متجنبًا شبهة الاستغلال أو الابتزاز .

(٧) لا يقيم علاقات – خاصة مع التلميذ – يشوبها الاستغلال الجنسي، أو المادي، أو النفعي، او الأناني .

(٨) عليه ان يصارح التلميذ بحدود وإمكانات النشاط المهني دون مبالغة أو خداع .

(٩) لا يستخدم الأدوات والمقاييس النفسية، او طرقًا واساليب مهنية لا يجيدها، او لا يطمئن إلى صلاحيتها للاستخدام .

(١٠)الأخصائي النفسي مؤتمن على ما يقدم له من أسرار خاصة وبيانات شخصية، وهو مسئول عن تأمينها ضد إطلاع الغير، فيما عدا ما يقتضيه الموقف، ولصالح التلميذ (كما هو الحال في إرشاد الآباء، وعلاج الأطفال، ومناقشة الحالات مع الفرق الإكلينيكي، أو مع رؤسائه المتخصصين) .

(١١)لا يستخدم ادوات او اجهزة تسجيل إلا بعد استئذان التلميذ وموافقته.

(١٢) أن يوثق عمله المهني بأقصى قدر من الدقة، وبشكل يكفل لأي أخصائي آخر استكماله في حالات العجز عن الاستمرار في المهمة لأي سبب من الأسباب .

(١٣)لا يجوز نشر الحالات التي يدرسها، أو يبحثها، أو يعالجها، أو يوجهها مقرونة بما يمكن الآخرون من كشف اصحابها (كأسمائهم أو أوصافهم) منعًا للتسبب في اي حرج لهم، أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم .

(١٤) أن يقوم بعمليات التقويم أو التشخيص أو التدخل العلاجي في إطار العلاقة المهنية فقط، وتعتمد تقاريره على أدلة تدعم صحتها، كالمقاييس والمقابلات، على الا يقدم هذه التقارير إلا للجهات المعنية بالعلاج، وعدا ذلك لابد ان يكون بأمر قضائي صريح .

(١٥) أن يسعى إلى أن تكون تصرفاته وأقواله في اتجاه ما يرفع من قيمة المهنة النفسية في نظر الآخرين، ويكسبها احترام المجتمع وتقديره، وينأى بها عن الابتذال والتجريح . (عبد الرحمن وعبد الله، ٢٠٠٣ : ١٦٤ — ١٦٦).

معوقات عمل الأخصائي النفسي :

هناك بعض المهام التي تقع خارج نطاق دور الأخصائي النفسي، ولا تمت بصلة إلى مهامه الأصلية التي أعد للقيام بها والتي حددها عمر (١٩٩٩ : ٩٢- ٩٤) على النحو التالي :

(١) يجب الا يكلف الأخصائي النفسي بالوقوف مع إدارة المعهد أو البرنامج أو المدرسين لحجز التلاميذ المتأخرين عن طابور الصباح، او عن الحصص الأولى، ولكن عليه ان يستقبل الحالات المتكررة من هؤلاء التلاميذ المتأخرين في مكتبه عند إحالتهم إليه من قبل الإدارة أو المدرسين للتعامل معهم بالأساليب الإرشادية المدرسية.

(٢) يجب الا يكلف الأخصائي النفسي بعقاب التلاميذ المخالفين لأنظمة ولوائح المعهد أو البرنامج أو المشاغبين في الفصول، أو المتسببين في الإزعاج بوجه عام داخل نطاق للمدرسة.

(٣) يجب الا يكلف الأخصائي النفسي بأية أعباء كتابية أو إدارية لا تدخل في نطاق اختصاصه والتي من الممكن أن يؤديها أي عضو آخر في هيئة التدريس أو من موظفي المعهد أو البرنامج.

(٤) يجب ألا يكلف الأخصائي النفسي بحصر الغياب وتسجيله أو محاسبة التلاميذ عليه ومعاقبتهم بسببه، أو أخذ التعهدات منهم ومن أولياء امورهم بعدم تكراره، لأن هذا من اختصاص القائمين بالأعمال الإدارية بالمدرسة.

(٥) يجب الا يكلف الأخصائي النفسي بأي عبء تدريسي بأن يسد العجز في مادة ما يتولى مهام تدريسها، أو يحضر حصصًا بدلاً من معلم غائب، أو يتولى تصحيح اختبارات، أو رصد درجات مادة ما لسبب أو لأخر.

وقد كشفت دراسة سوميرفيل Sommerville,R. (1981) عن أن مديري المدارس يرون أن هناك أعمال تحد من فاعلية الأخصائيين النفسيين، منها:

(١) الاستمرار في الأعمال الكتابية.

(٢) تنظيم البرامج المدرسية وتخطيطها.

(٣) تدخله فيما يخص المعلمين من أعمال.

وهذا ما أكده أيضًا كل من المفدي (١٩٨٩)، عقل (٢٠٠١) حين ذكرا أن من بين الأعمال التي تؤثر على كفاءة عمل الأخصائي النفسي هي : ما يكلف به من أعمال كتابية وإدارية تحول دون أدائه لمهامه على أكمل وجه، وتخصيص عدد كبير من التلاميذ لكل مرشد. مما يهدد مهنة الإرشاد والهوية المهنية للأخصائيين.

أما الشناوي (١٩٩٠) فقد توصلت دراسته إلى أن من أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائيين النفسيين في عملهم ما يلي:

(١) الاشتغال بالأعمال الكتابية .

(٢) عدم وجود اختبارات نفسية مناسبة .

(٣) عدم تعاون المدرسين مع الأخصائي النفسي .

(٤) تكليف الأخصائي النفسي بأعمال إضافية في المدارس.

(٥) عدم وجود غرفة مخصصة للأخصائي في بعض المدارس.

(٦) عدم تفهم مديري المدارس والمدرسين لطبيعة عمل الإرشادي .

(٧) كثرة عدد التلاميذ في بعض المدارس ووجود أخصائي نفسي واحد .

(٨) حداثة عمل بعض الأخصائيين النفسيين وافتقارهم لبعض الأساسيات اللازمة للعمل الإرشادي .

(٩) عدم استجابة بعض أولياء أمور التلاميذ للدعوة التي يوجهها الأخصائيين النفسيين للحضور للمدرسة لأمور تخص أبنائهم .

وقد وجد الطويوقي (١٩٩١) أن من أبرز ما يشعر به الأخصائيين النفسيين من ضغوط معيقة لعملهم ما يلي :

(١) ضعف الإمكانيات المدرسية.

(٢) مشكلات برنامج التوجيه والإرشاد.

(٣) عدم تفهم منسوبي المدرسة لدور الأخصائي النفسي.

أما النافع (١٩٩٢) فقد أكد على أن برامج التوجيه والإرشاد المهني تواجه عدداً من الصعاب منها :

(١) تكليف الأخصائيين النفسيين بمهام إدارية .

(٢) افتقار البرامج إلى تحديد المعلومات في مجال العمل.

(٣) عدم توفير الإمكانات الضرورية لمارسة دوره في التوجيه والإرشاد المهني

أما دراسة تركي، والدلالي (١٩٩٩) فقد أسفرت عن أن :

(١) أكثر صعوبات التلاميذ انتشاراً هي :

- ❖ عدم فهم التلاميذ لطبيعة عمل الأخصائي النفسي .
- ❖ عدم قدرة التلاميذ على التعبير عن مشكلاتهم .
- ❖ عدم مصارحة الأخصائي النفسي بمشكلاتهم.

(٢) أما أكثر الصعوبات المهنية أو الشخصية انتشارًا فقد كانت :

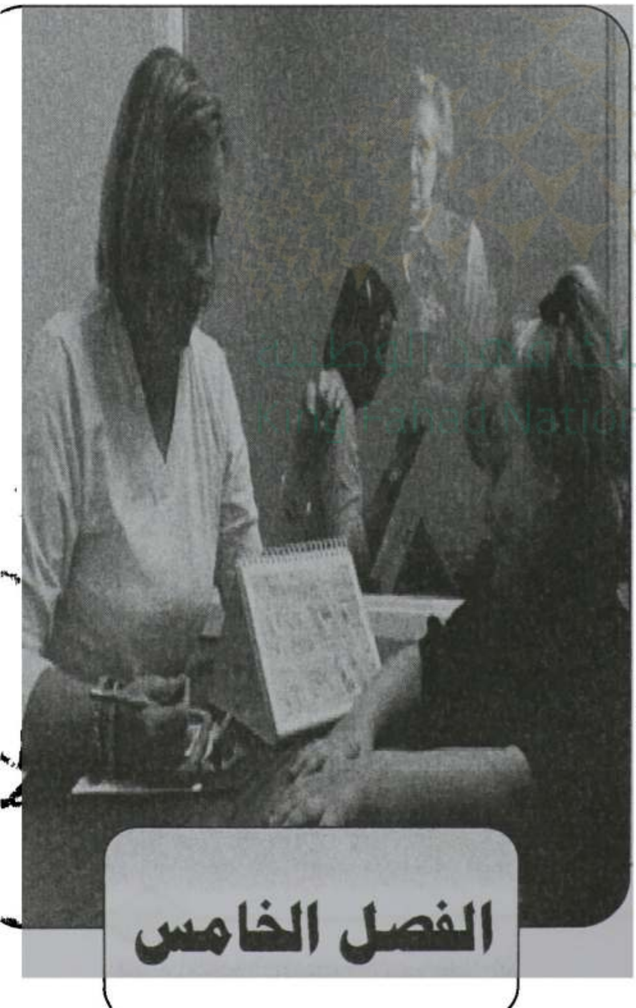
- ❖ ضعف الممارسة العملية.
- ❖ عدم توفر أدوات أو مقاييس نفسية.

أما دراسة السميح (٢٠٠٤) فقد استهدفت تحديد مهام الأخصائي النفسي ذات الأهمية والممارسة الكبرى والصغرى من وجهة نظر الفئتين ؛ مديري المدارس والأخصائيين النفسيين، وقد كشفت النتائج عن أن أهم معوقات عمل الأخصائي النفسي من وجهه نظر الأخصائيين النفسيين أنها تتركز في تشتيت الأخصائي النفسي عن عمله الأساسي واشتغاله بأعمال إدارية وأمور أخرى، ونقص اهتمام مدير المدرسة بالتوجيه والإرشاد للتلاميذ، وعدم اهتمام بعض المعلمين بتوجيه وإرشاد التلاميذ.

أما دراسة أماتي، كلارك Amatea, E. & Clark, M. (٢٠٠٥) فقد كشفت عن توقع عدد من مديري المدارس أن يكون الأخصائي النفسي عضوًا في الفريق الإداري بالمدرسة، ومعلّم بديل، أو مشرف في غرفة الطعام، أو مشرف في الحافلات عند الضرورة.

الفصل الخامس

خدمات الإرشاد المدرسي



- مفهوم الإرشاد المدرسي.
- أدوار المرشدون الطلابيون.
- مناهج واستراتيجيات الإرشاد المدرسي .
- نشأة وتطور الإرشاد المدرسي بالمملكة العربية السعودية .
- الأهداف العامة للإرشاد المدرسي.
- ميادين وخدمات الإرشاد المدرسي.
- أبرز البرامج والخدمات الإرشادية المدرسية.
- الملامح العامة للإرشاد المدرسي .
- العملية الإرشادية المدرسية.
- مستويات تقديم الخدمة الإرشادية بالمدرسة .

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) تحديد مفهوم الإرشاد المدرسي.

(٢) التفرقة بين أدوار المرشدون الطلابيون.

(٣) مناهج واستراتيجيات الإرشاد المدرسي .

(٤) التعرف نشأة وتطور الإرشاد المدرسي بالمملكة العربية السعودية .

(٥) شرح الأهداف العامة للإرشاد المدرسي.

(٦) التمييز بين ميادين وخدمات الإرشاد المدرسي.

(٧) تلخيص أبرز البرامج والخدمات الإرشادية المدرسية.

(٨) التعرف على الملامح العامة للإرشاد المدرسي .

(٩) يحدد العناصر الرئيسية لعملية الإرشادية المدرسية.

(١٠) المقارنة بين مستويات تقديم الخدمة الإرشادية بالمدرسة.

الفصل الخامس
خدمات الإرشاد المدرسي
School Counseling Services

مُقَدِّمَة

يقصد بالخدمات الإرشادية تقديم خدمات التوجيه والإرشاد والتدريب لذوي الإعاقة واسرهم، وطبقا للجمعية الأمريكية للإرشاد المدرسي The American School Counselor Association, (1999) تركز الخدمات الإرشادية على الاحتياجات والاهتمامات والقضايا المرتبطة بالمراحل المختلفة لنمو الطالب (Mattson,2001 :11) (Maag & Katsiyannis, 1996 : 96)، حيث تعتبر خدمات إرشاد وتدريب الآباء خدمات مساندة مهمة تساعد الآباء في تفعيل دورهم في حياة الطفل، بالإضافة إلى دعم الآباء في فهم احتياجات طفلهم، وتزويد الآباء بمعلومات عن تطور الطفل (Heward, 2006: 22)، ومساعدتهم في إعداد لقاءات الخطة التربوية الفردية لكي يصبح الآباء أكثر مشاركة في برنامج التربية الخاصة للطفل (Smith,2007 : 52).

وقد اورد الخطيب (٢٠٠٤) ما ذكره كل من سيندر وافونير (Snydr & Offiner) إلي أن الإرشاد عنصر مهم في منظومة الخدمات المساندة ، ومن أهم الأمور التي يتعامل معها المرشد المدرسي القضايا المتعلقة بإحساس التلميذ بالكفاءة ومفهومه عن ذاته وبتطوره المهني.

وعندما يكون من الضروري مساعدة الطالب ذو الإعاقة المرشح للاستفادة من البرنامج التربوي Educational Program، فإن إرشاد وتدريب الآباء يمكن أن يتضمن ما يلي : مساعدة الآباء في فهم الاحتياجات الخاصة لطفلهم، وإمداد الآباء بمعلومات عن نمو طفلهم، بالإضافة إلى مساعدة الآباء على اكتساب المهارات الضرورية التي تسمح لهم بدعم البرنامج التربوي الفردي لطفلهم أو خطة الخدمة الأسرية الفردية The Individual Family Service Plan (IFSP)

مفهوم الإرشاد المدرسي:

لقد بدأ الإرشاد المدرسي مع بداية الاهتمام بمشكلة التأخر الدراسي بين التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة حيث أن التأخر جذب انتباه بعض الدارسين ودفعهم إلى البحث عن الأسباب التي أدت إلى ذلك وتوصلوا إلى أن الفروق الفردية هي سبب هذا التأخر ومن هنا انطلق الاهتمام بالتوجيه التربوي (ربيع، ٢٠٠٣).

والإرشاد المدرسي يعرف بأنه " العملية التي تهتم بالتوفيق بين الفرد بماله من خصائص مميزة من ناحية والفرص الدراسية المختلفة والمطالب المتباينة من ناحية أخرى و التي تهتم أيضًا بتوفير المجال الذي يؤدي إلى نمو الفرد و تربيته" (مرسي، ١٩٨٧).

ويعرف سماره و نمر (١٩٩٢) برنامج التوجيه والإرشاد في المدرسة بأنه "ذلك البرنامج المخطط والمحدد والمنظم القائم على أسس علمية لتقديم خدمات توجيهية وإرشادية لفئة محددة أو عامة من التلاميذ ".

كما يعرف قانون تربية الأفراد الذين لديهم إعاقات (IDEA, 1997) الخدمة الإرشادية المدرسية بأنها تلك الخدمة التي يمكن أن تقدم من قبل الأخصائي الاجتماعي أو الأخصائي النفسي أو أخصائي الإرشاد والتوجيه أو أي أخصائيين آخرين لديهم القدرة علي تقديم الخدمات الإرشادية للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

كما أن رابطة علم النفس الأمريكية American Psychiatric Association (2000) في تعريفها للإرشاد النفسي المدرسي تري أنه "تلك الخدمة التي تهدف إلى مساعدة الطلاب على اكتساب وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية وتحسين المواقف مع مطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع البيئة، واكتساب العديد من قدرات حل المشكلات واتخاذ القرار".

وتشير القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف (التربية والتعليم حاليًا) بالمملكة العربية السعودية (١٤٢٢هـ) في المادة الحادية والخمسون منها مفهوم خدمة الإرشاد الطلابي " بأنها تلك الخدمة التي تقدم من قبل المرشد الطلابي والذي

يقوم بمساعدة التلميذ علي فهم ذاته ، ومعرفة قدراته والتغلب علي ما يواجهه من صعوبات ليحقق التوافق النفسي والتربوي والاجتماعي والمهني لبناء شخصية سوية في إطار التعاليم الإسلامية وتعويده الاعتماد علي نفسه لحل مشكلاته واكتشاف مواهبه " (ص٦٠).

أدوار المرشدون الطلابيون في المدرسة:



إن المرشدين الطلابيين School Counselors لهم ادوار متعددة في الفرق التي تقوم بخدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة ، وكذلك تقديم الخدمات المباشرة لهم، فيقومون بالمساعدة في جمع المعلومات من المعلمين والسجلات المدرسية والوالدين والمؤسسات المجتمعية، - وخاصة عندما لا يتوفر الأخصائي الاجتماعي في المدرسة- وقد يحصل الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على الإرشاد والتوجيه التعليمي من هؤلاء المهنيين، وغالبًا ما يقوم المرشد الطلابي في المدرسة الثانوية بتنسيق البرامج التعليمية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، وتحمل مسئولية توصيل المعلومات حول مدى تقدم كل طالب للمعلمين والوالدين والطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة انفسهم.

ومن تلك الأدوار ما اشارت إليه الجمعية الأمريكية للإرشاد (American Counseling Association, 1999) ، كمساعدة التلاميذ الذين يعانون من مخاوف شخصية واجتماعية من خلال تنمية المعرفة الذاتية لديهم ، مما يجعل عملية اتخاذ القرارات فعالة ، إضافة إلي اكتساب الخبرات الصحية المناسبة وتنمية الشعور بالمسؤولية ، كما أن دور

المرشد قد يتعدي ذلك إلي التخطيط المستقبلي في ما يتعلق بوضع الأهداف الأكاديمية وتحقيقها ، وتنمية الاتجاهات الإيجابية نحو التعلم ، والمعرفة والاستفادة من جوانب القوة الأكاديمية لدي التلميذ (ACA, 1999).



يقوم المرشد الطلابي بمساعدة الطالب لفهم ذاته ومعرفة قدراته، والتغلب على ما يواجهه من صعوبات؛ ليصل إلى تحقيق التوافق النفسي والتربوي والاجتماعي والمهني لبناء شخصية سوية في إطار التعاليم الإسلامية. ولقد حددت إدارات التربية والتعليم بالمملكة العربية السعودية (٢٠٠٦) مهام وواجبات المرشد الطلابي في المدرسة فيما يلي:

(١) إعداد خطة إجرائية(تنفيذية) لبرامج التوجيه والإرشاد طوال العام الدراسي (شهرية – أسبوعية) وإقرارها من قبل لجنة التوجيه والإرشاد واعتمادها من مدير المدرسة وحوسبتها ضمن برنامج "إرشاد" الحاسوبي.

(٢) تبصير المجتمع المدرسي والمجتمع المحلي بأهداف التوجيه والإرشاد ومهامه وخططه وبرامجه ومجالاته من خلال اللقاءات والاجتماعات لضمان قيام كل عضو بمسؤولياته في تحقيق هذه الأهداف والمضامين من خلال اللقاءات والاجتماعات والوسائل الإعلامية المدرسية والإصدارات.

(٣) المشاركة في تشكيل مجلس المدرسة ولجنة التوجيه والإرشاد وجماعة التوجيه والإرشاد والجمعية العمومية لأولياء أمور الطلاب المعلمين وعقد اجتماعاتهم ومتابعة تنفيذ توصياتها وتقويم نتائجها وذلك بالتنسيق والتكامل مع إدارة المدرسة.

(٤) المشاركة في البرامج والمشروعات الإرشادية التي ترى المدرسة مناسبتها لطلاب المدرسة او تلك التي تقترحها إدارة التربية والتعليم أو لجنة التوجيه والإرشاد التي تتطلبها طبيعة كل مرحلة دراسية.

(٥) إتقان المهارات الأساسية الحاسب الآلي وتطبيق الاختبارات والقوائم التربوية والنفسية وتصميم الاستبيانات والاستفتاءات والاستمارات والقوائم المسحية لوحدة الخدمات الإرشادية لتنمية المعلومات عن أوضاع الطلاب بالمدرسة.

(٦) الاطلاع على اللوائح والأنظمة التربوية كوثيقة سياسة التعليم والميثاق الأخلاقي للتوجيه والإرشاد وأخلاقيات مهنة التربية والتعليم ولائحة التقويم والاختبارات وقواعد تنظيم السلوك والمواظبة وغيرها وتفعيل محتوياتها.

(٧) توفر الأدلة والمطبوعات المنظمة للعمل الإرشادي في المدرسة وتنفيذ ماتضمنتها مثل:دليل المرشد الطلابي ودليل الطالب التعليمي والمهني ودليل التربويين لتعديل السلوك وقائمة المشكلات السلوكية وقواعد تنظيم السلوك والمواظبة وما يجد من أدلة ومطبوعات إرشادية.

(٨) تنفيذ برامج التوجيه والإرشاد وخدماته الإنمائية والوقائية والعلاجية والتي تتركز في الآتي:

- مساعدة الطلاب في استثمار ما لديه من قدرات واستعدادات إلى أقصى درجه ممكنة في تحقيق النمو السوي في شخصيته وتطوير مهارته وقدراته الذاتية.
- تنمية السمات السلوكية الايجابية والسوية وتعزيزها لدى الطالب ومعالجه الجوانب السلوكية السلبية في ضوء استراتيجيات تعديل السلوك وقواعد تنظيم السلوك والمواظبة
- تنمية الدافعية لدى الطالب نحو التعلم والنجاح والتفوق فيه والارتقاء بمستوى طموحه.
- دراسة المستوى التحصيلي للطلاب حسب فئاتهم (متفوقين .متأخرين دراسياً .معيدين و متكرري الرسوب.ومتوسطي التحصيل والطلاب الذين أتقنوا

المهارات وممن لم يتقن منهم) ومتابعتهم لتحقيق أقصى درجة تمكنهم قدراتهم منها في ضوء الخدمات الإرشادية المقدمة لهم.

- ❖ متابعة الطلاب متكرري الغياب والتأخير الصباحي وكذلك الطلاب الذين يتهربون من المدرسة والطلاب كبار السن ودراسة الأسباب والعوامل المؤدية إلى ذلك وتقديم الخدمات المناسبة لهم بما يسهم في توافقهم الشخصي الدراسي والاجتماعي المنشود.
- ❖ العمل على تكوين اتجاهات ايجابية نحو العمل المهني لدى الطلاب وتعريفهم بالفرص التعليمية وفقاً لأهداف التوجيه والإرشاد المهني في ضوء ميولهم واستعداداتهم واتجاهاتهم وحاجة التنمية في المجتمع ومتطلبات سوق العمل .
- ❖ المشاركة في رعاية الطلاب ذوي المواهب والقدرات الخاصة بالتنسيق مع المختصين برعايتهم في المدرسة كالمشرف على الطلاب الموهوبين ورائد النشاط.
- ❖ تهيئة الطالب المستجد وبقية الطلاب على التكيف مع البيئة المدرسية وتكوين اتجاهات ايجابية نحو المدرسة.
- ❖ المشاركة في اكتشاف الإعاقات المختلفة حسية أو ذهنية أو جسدية الخ..) والإمراض المزمنة وغيرها من الحالات في وقت مبكر لاتخاذ الإجراء الملائم بالتنسيق مع المختص في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بالمدرسة ووحدة الخدمات الإرشادية والمراكز والوحدات الصحية والمدرسية والمستشفيات وتعريف المجتمع المدرسي والمحلي بأساليب التعامل المناسبة مع هذه الفئات.
- ❖ العمل على تحقيق مبادئ الإرشاد الوقائي في الجوانب الصحية والتربوية والنفسية والاجتماعية وتنمية القيم الإيمانية لدى الطلاب وتكوين الحصانة لديهم ضد الانحرافات السلوكية والفكرية كالتدخين والمخدرات والتعصب والتطرف بأنواعها المختلفة بالتنسيق مع ذوي العلاقة في المدرسة.
- ❖ توثيق العلاقة بين البيت والمدرسة وتعزيزها واستثمار القنوات المتاحة.
- ❖ التعرف على حاجات الطلاب وفروقهم الفردية ومطالب نموهم في ضوء خصائص النمو لديهم والعمل على تلبيتها وتيصير البيئة المدرسية والمجتمع المحلي بذلك.

- عمل مسح شامل لأحوال الطلاب الصحية والنفسية والاجتماعية والتحصيلية مع بداية العام الدراسي وتحديد من يحتمل انهم بحاجة إلى خدمات وقائية فردية أو جماعية ولاسيما الطلاب المستجدين في كل مرحلة من المراحل الثلاث من خلال الاستبيانات المسحية وتطبيق قائمة المشكلات السلوكية للمرحلتين المتوسطة والثانوية.
- دراسة حالات الطلاب الفردية بجميع أنواعها دراسية نفسية اجتماعية صحية اقتصادية..الخ. من خلال فنيات واستراتيجيات المقابلة الإرشادية ودراسة الحالة والتوجيه والإرشاد الجمعي وغيرها من الأساليب الإرشادية المختلفة.
- تصميم البرامج والخطط العلاجية المبنية على الدراسة العلمية للظواهر الجماعية للمشكلات السلوكية التحصيلية وتنفيذها.
- تنمية القدرات المعرفية الذاتية والخبرات العلمية للمرشد الطلابي وبخاصة في الجانب المهني التطبيقي في ميدان التربية والتعليم عامة وفي مجال التوجيه والإرشاد خاصة للارتقاء بمستوى أدائه وأهمية الالتحاق بالبرامج التدريبية الرسمية والذاتية وتبادل الخبرات بين المرشدين الطلابيين.
- بناء علاقات مهنية متميزة والتنسيق والتكامل مع الهيئة الإدارية وأعضاء هيئة التدريس وفق الحاجة والتخصص وكذلك مع رائد النشاط والمشرف على الطلاب الموهوبين والمعلمين و المختصين في التربية الخاصة والتدريبات السلوكية لذوي الاحتياجات الخاصة والمشرف على التوعية الإسلامية ورواد الفصول والمعلمين المشاركين في الإشراف اليومي ومع طلاب وأولياء أمورهم مبنية على الثقة الكافية في العمل والاحترام المتبادل بما يحقق أهداف التربية والتعليم عامة والتوجيه والإرشاد على وجه الخصوص.
- أجراء البحوث والدراسات التي يتطلبها عمل المرشد الطلابي الميداني ذاتياً أو بالتعاون مع زملائه مشرفي التوجيه والإرشاد أو المرشدين في المدارس الأخرى حول بعض المشكلات الشخصية والدراسية والاجتماعية المختلفة الطلابية.
- إعداد التقرير الختامي للانجازات والتقارير الأخرى التي تطلب في حينها وحوسبتها.

❖ توعيه المعلمين والطلاب وأولياء أمورهم بقواعد تنظيم السلوك والمواظبة وما تتضمنه من إجراءات يمكن تطبيقها على الطلاب غير المنضبطين سلوكياً وكذلك توعيتهم بلائحة تقويم الطالب وإتقان المهارات والتقويم المستمر والمعدل التراكمي واختبار القدرات العامة والاختبارات التحصيلية في ضوء المرحلة الدراسية.

❖ حصر الطلاب ذوي الحاجات المادية والأيتام وأبناء السجناء على مدار العام الدراسي وتقديم الرعاية والخدمات اللازمة لهم.

❖ تنمية المهارات الاجتماعية للطلاب من خلال عقد دورات تدريبية وفقاً لاحتياجاتهم ومطالب نموهم.

❖ تابعة ورعاية الطلاب وتهيئتهم النفسية قبل وأثناء فترات الاختبارات التحصيلية.

❖ تفعيل دورات مراكز الخدمات التربوية وتحقيق هدفها المنشود وفق الأنظمة والتعليمات الصادرة.

وتحدد المادة الحادية والخمسون في دليل القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة مهام المرشد الطلابي ببرامج ومعاهد التربية الخاصة بالمملكة العربية السعودية (الأمانة العامة للتربية الخاصة، ١٤٢٢) على النحو التالي:

(١) إعداد الخطط السنوية لبرامج التوجيه والإرشاد لذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في إطار الخطة العامة للتوجيه والإرشاد الطلابي.

(٢) تنفيذ برامج التوجيه والإرشاد وخدماته الإنمائية والوقائية والعلاجية.

(٣) متابعة حالات التلاميذ التحصيلية والسلوكية وتقديم الخدمات الإرشادية لهم.

(٤) التعرف على التلاميذ المتفوقين والموهوبين والتلاميذ المتأخرين دراسيًا والتلاميذ ذوي التفاوت في مستويات التحصيل الدراسي لاتخاذ الوسائل والإجراءات الكفيلة بتلبية احتياجات كل منهم بالتعاون مع ذوي الاختصاص.

(٥) تحري الأحوال الأسرية للتلاميذ وخاصة الاقتصادية منها ومساعدة المحتاجين منهم عن طريق الصندوق المدرسي.

(٦) دراسة الحالات الفردية للتلاميذ الذين تظهر عليهم بوادر سلبية في السلوك وتفهم مشكلاتهم.

(٧) إعداد تقارير دورية عن حالات التلاميذ التعليمية والتربوية والسلوكية، وتقديمها لمدير المعهد أو المدرسة والعمل على تفعيل توصياتها.

(٨) العمل على توثيق الروابط بين البيت والمدرسة، وإطلاع أولياء الأمور على مسيرة تعليم أبنائهم، والعمل مع الأسرة للرفع من مستوى التلميذ التعليمي والتكيف مع الإعاقة.

(٩) التواصل والتعاون مع جميع المعلمين بشكل عام، ورواد الفصول بشكل خاص، وكذا عمداء الأسر والمشرفين الاجتماعيين في حالة المعاهد التي يوجد بها إسكان داخلي لجمع المعلومات اللازمة عن التلميذ لتعبئة السجل الشامل، أو دراسة حالته، أو إيصال بعض خدمات الإرشاد إليه، أو الإعداد لبرامج التوجيه والإرشاد، أو تنفيذ شيء منها مما يتطلب تعاونهم.

(١٠) توعية المجتمع المدرسي بأهداف التوجيه والإرشاد وخططه وبرامجه وخدماته بشكل عام وفي مجال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بشكل خاص.

(١١) تعبئة السجل الشامل للطالب، والمحافظة على سريته، وتنظيم الملفات والسجلات الخاصة بالتوجيه والإرشاد.

(١٢) تدريس ما يسنده إليه مدير المعهد أو المدرسة من الحصص، والمشاركة في أعمال مراقبة التلاميذ، وشغل حصص الانتظار.

(١٣) المشاركة في البحوث، والدراسات، والدورات، والندوات، والمؤتمرات في مجال اختصاصه.

ولقد اشار (الخطيب ،٢٠٠٣) إلي ما ذكره كل من فلايش وكنزير وستينبرج (Fleisch, Kintzer, & Steinberg) بأن المرشد الطلابي له دور مهم في دعم المعلمين، والوالدين، والأعضاء الآخرين في المدرسة.

وهكذا يمكن القول أن المرشد الطلابي هو "الشخص الذي يقوم بمساعدة التلميذ على فهم ذاته، ومعرفة قدراته، والتغلب على ما يواجهه من صعوبات ليحقق التوافق النفسي والتربوي والاجتماعي والمهني لبناء شخصية سوية في إطار التعاليم الإسلامية، وتعويده الاعتماد على نفسه لحل مشكلاته واكتشاف مواهبه".

مناهج واستراتيجيات الإرشاد المدرسي :

يقوم الإرشاد النفسي بالمدارس على أربعة مناهج رئيسة هي :

أولا : المنهج الإنمائي :

يهدف المنهج الإنمائي بالدرجة الأولى تهيئة الظروف المناسبة لتحقيق النمو السوي المتوازن المتكامل، والذي يشمل الجوانب النمائية المختلفة (الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والنفسية) للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة حتى يصل إلى أعلى مستوى من النضج والصحة النفسية والسعادة، ويتم تحقيق هذا الهدف من خلال مراعاة متطلبات النمو لكل مرحلة تعليمية يمر بها الطالب، لأن النمو السوي يتطلب توفير جميع الوسائل والإجراءات التي تؤدي إلى النمو السليم، هذا إلى جانب استثمار وتنمية قدرات الطالب وطاقاته لأقصى حد ممكن.

ويقوم المرشد الطلابي بتوفير كل ما تدعو الحاجة إليه، مما له علاقة بحاجات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بمراحل النمو في مراحل التعليم العام الثلاث، وهو عبارة عن مواكبة أو مسايرة واستثمار الفرص ليقدم الخدمة الإرشادية في الوقت المناسب في السن المناسب،وهذا المستوى من الخدمة يقدم لعموم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة فلا يخص طالباً بعينه دون الباقين، حيث إن الفرد في حياته يتقدم ويجب أن يتعلم وهذا النمو له ما يناسبه في كل مرحلة من مراحل العمر، فإذا توقف الفرد عن العمل فلن يتوقف النمو بل سيستمر، والمرشد الطلابي بحكم علمه ومعرفته وخبراته ومهاراته يتلمس حاجات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في كل مرحلة (الرشيد، ٢٠٠٥: ٣٧).

كما يهتم المنهج الإنمائي بدراسة موضوعات مثل العادات والاتجاهات السلبية، ومفهوم الذات، وتعديل السلبيات وتدعيم الإيجابيات، وذلك من خلال البرامج الإرشادية.

ومن الجوانب التي يمكن تنميتها عند الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في هذا الإطار ما يلي:

(١) برنامج لتنمية السلوكيات الاستقلالية والاعتماد على النفس.

(٢) برنامج لتنمية الدافعية نحو التعلم.

(٣) برنامج لتنمية روح الفريق والقيادة.

(٤) برنامج لتنمية القدرة على التخطيط لشغل أوقات الفراغ.

(٥) برنامج للتدرب على طرق الاستذكار الجيد.

وإلى غير ذلك من البرامج التي تهدف في المقام الأول إلى تنمية الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في كافة جوانب حياتهم.

ثانيا : المنهج الوقائي :

يطلق على المنهج الوقائي منهج التحصين النفسي ضد المشكلات والانحرافات والاضطرابات السلوكية والشخصية والاجتماعية، فالوقاية تغني عن العلاج بأقل جهد ووقت وتكلفة، لذلك يهتم المنهج الوقائي بمحاولة الاكتشاف المبكر وإزالة الأسباب وتهيئة البيئة لتقليل الأثر ومنع تطوره أو تفاقمه من خلال الاهتمام بالصحة العامة ورعاية النمو السوي ومهارات وإمكانات التوافق وإجراء الدراسات والبحوث وعمليات التخطيط والتقويم وإعداد البرامج الوقائية (محمود، ١٩٩٨ : ٤٤).

ويحدد الرشيد (٢٠٠٥: ٣٨- ٣٩) للمنهج الوقائي ثلاثة مستويات، هي:

الوقاية من الدرجة الأولى: وتتضمن إزالة الأسباب التي قد تؤدي إلى حدوث المشكلة أو الاضطرابات أو المرض، وهو يعني التحصين المبدئي ومنع حدوث مشكلة ما كالتأخر الدراسي أو التدخين أو تعاطي المخدرات، كما يعني التحصين المبدئي ومنع حدوث إصابة مثل التطعيم ضد الأمراض كشلل الأطفال و الحصبة.

الوقاية من الدرجة الثانية: وتتضمن محاولة الاكتشاف المبكر وتشخيص الاضطرابات والمشكلات وهي في بدايتها بقدر الإمكان للسيطرة عليها ومنع تطورها، لأن الاكتشاف والعلاج المبكر يسهل عملية الشفاء من بعض الإعاقات والاضطرابات.

الوقاية من الدرجة الثالثة: وتتضمن محاولة تقليل الآثار التي قد تترتب على المشكلة بعد حدوثها، وهذه الوقاية تحد من الآثار الجانبية للمشكلات فتقلل من انتشارها وتضخمها ومضاعفتها مثل قضية رسوب الطالب وما يصاحبها من قلق وضيق قد تؤدي به إلى ترك المدرسة،

إذاً فالمشكلة ليست رسوبا فقط بل أنها تشعبت إلى مشكلات جانبية أخرى وهنا نحن مطالبون بوضع برنامج وقائي من الدرجة الثالثة لحمايته من هذه الأعراض و المشكلات الجانبية.

ويتضح مما سبق أن المنهج الوقائي يركز على الجانب التطبيقي من حيث حماية الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة من معاناة الاضطراب أو المشكلة عن طريق :

- معرفة الأسباب التي تؤدي إلى المشكلة وإزالتها.
- حماية الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة من وقوع المشكلات أو تقليل آثارها إذا حدثت.

ولتحقيق أهداف المنهج الوقائي في الإطار المدرسي توجد بعض الوسائل التي تتمثل في الخدمات التربوية، والتي تهتم بتحديد مشكلات التعليم المرتبطة بالمدرسة، والمنهج الدراسي ونظام الامتحانات والمشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية والمشكلات الاجتماعية وكذلك المرتبطة بالقدرات العقلية والاستعدادات والميول والاتجاهات والمشكلات المرتبطة بالمناخ المدرسي والتفاعل بين المعلم والمتعلم..الخ.

وتتمثل الإجراءات الوقائية في توفير شروط الصحة النفسية السوية في البيئة المدرسية عن طريق:

(١) توفير الجو القائم على التعاون وتبادل الآراء (الديمقراطية).

(٢) تحديد حاجات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة والاهتمام بدراسة مشكلاتهم عند بداية ظهورها.

(٣) إتاحة الفرص أمام الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة للتعبير عن مشاعرهم وسمات شخصياتهم.

(٤) تبصير الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالآثار السيئة التي قد يتعرضون لها عند ارتكابهم لبعض السلوكيات غير المرغوب فيها (الببلاوي وعبد الحميد، ٢٠٠٤ : ٤٣- ٤٤).

ثالثا : المنهج العلاجي :

يركز هذا المنهج على ملاحظة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من المشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية و السلوكية والتربوية؛ وذلك بالتعرف على أسبابها كخطوة أولى للوصول إلى طريقة لعلاجها.

ويلجأ المرشد الطلابي إلى هذا المنهج في الحالات التالية :

- ❖ عندما لا يتوفر للطالب التوجيه والإرشاد اللازم لنموه نموًا سليمًا .
- ❖ عندما لا تجدي الوقاية في منع وقوع الاضطرابات.
- ❖ عند الفشل في الاكتشاف المبكر عن الاضطرابات والمشكلات عند الطلاب.



ويهتم هذا المنهج باستخدام الأساليب والطرق والنظريات العلمية في التعامل مع المشكلات من حيث تشخيصها ودراسة أسبابها وطرق علاجها والتي يقوم بها المتخصصون في مجال الإرشاد.

والمنهج العلاجي هو أكثر المناهج تكلفة في الوقت والجهد والمال، ويحتاج إلى تخصص أدق، وهو حجر الأساس في العملية الإرشادية ويحتاج إلى مرشد ذي خبرة ومهارة حتى يستطيع الوصول إلى أسمى هدف من أهداف الإرشاد ألا وهو التغيير الايجابي في السلوك.

وتظهر الحاجة للمنهج العلاجي نتيجة لعدة أسباب هي :

(١) أن الخدمات والجهود التي تقدم من خلال المنهج النمائي أو المنهج الوقائي مهما تنوعت أو زادت كفاءتها لا يمكن أن تفي بكل حاجات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة ذلك لأنها قد لا تصل إلى البعض منهم، أو أنها متوفرة ولكن الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة لا يستفيدون منها بشكل أو بآخر.

(٢) صعوبة التنبؤ ببعض المشكلات والاضطرابات بالإضافة إلى التغيرات البيولوجية والفسيولوجية والاجتماعية التي تعتري الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة فيصبحوا عرضة للأزمات.

ويهتم المنهج العلاجي بمتابعة نظريات الاضطرابات النفسية والأمراض النفسية وأسباب وتشخيص وطرق علاجه. فهو يتعلق بمعالجة المشكلات والاضطرابات التي يتعرض لها

الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك لتحقيق حالة من التوازن بين جوانب النمو المختلفة لتحقيق التوافق على المستويين الشخصي والاجتماعي، ويتم تحقيق هذا الهدف بدراسة أسباب المشكلات وأعراضها وطرق علاجها.



ويتم إرشاد الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وفق ما هو متعارف عليه بين الجماعة التي يعيش معها الطالب بما يحقق له الرضا والصحة النفسية، وذلك بهدف زيادة إنتاجه وتحقيق ذاته وتوافقه مع جوانب الحياة المختلفة النفسية والاجتماعية والتربوية.

رابعًا : منهج إدارة الأزمات :

الأزمة عبارة عن حادثة متوقعة باعتبارها نتيجة للنمو (كمرحلة المراهقة) أو حدوث موقف ما، والذي يجعلنا نقول إن "س" تعتبر (أزمة) هو تقدير الشخص المأزوم لذلك الموقف أو لذلك الحدث، والأزمة – كما سبق - تمثل حالة وقتية مفاجئة وصعبة، ولكن ليست الأزمات كلها شرًا على الرغم من شدتها ووطأتها على النفس فقد يكون لها آثار إيجابية؛ إذ قد يستعيد ذلك الطالب رباطة جأشه ويسيطر على انفعالاته ويتحكم في عواطفه ويبدأ في طريق الجد.

الأزمات التي من الممكن أن يتعرض لها الطالب في المدرسة :

(أ) عندما ينتقل الطالب من مكان إلى مكان آخر ومن مدرسة إلى أخرى جديدة

(ب) ازمة الرسوب وهي من أصعب الأزمات وبخاصة أزمة الرسوب لأول مرة.

(ج) حالة وفاة احد الوالدين او مرضه وما يحدث للطالب من حزن وقلق، إذ على المرشد ان يضع برامج خاصة ومناسبة لكل حالة وظروفها.

(د) اعتناق الطالب لفكر متطرف او منحرف.

(هـ) اشتراك الطالب في انشطة او ممارسات جماعات غير سوية.

(و) اكتشاف تعاطي الطالب لمواد مخدرة أو مسكرة.

وهكذا يجب عند إتباع هذه المناهج الأربعة علينا أن لا نغفل بعض الأساليب التي تمارس ضمن هذه المناهج وتحت مظلتها (ابو عباة، ونيازي، ٢٠٠١) كالأسلوب التطميني الذي يعمل على إدخال الطمأنينة والراحة على الطالب وعدم اليأس وبعث الأمل في نفسه، فلن يطمئن الطالب الذي لديه مشكلة بأن يكذب عليه المرشد ويقول له: ليس لديك مشكلة، لأنه سوف يكتشفها مع مرور الوقت.

وهناك أساليب (انماط) لطمأنة الطالب منها:

(١) الطمأنة بأن ما يواجهه هو أمر مألوف وليس هو الوحيد الذي يعاني من هذه الصعوبات، ونذكر له أن ما يعاني منه أمر طبيعي يحدث له ولغيره من الأفراد.

(٢) ذكر بعض الأعراض المتوقع حدوثها لكي نبرهن للطالب على صدق ما نقول لإدخال الطمأنينة على نفسه.

(٣) كل اضطراب أو مشكلة لها أسبابها المعروفة ويمكن التعامل معها.

(٤) طمأنة الطالب بإمكانية العلاج وتوفر من يقوم به وعدم استحالته، وان لهذه المشكلة علاجا وطريقة علاجية وقد يأخذ العلاج وقتا فهذا الكلام يشعر الطالب بأنه أمر عادي ويمكن علاجه ومن ثم يستجيب للعلاج.

(٥) توفر الطرق والأساليب المناسبة للإرشاد وحل المشكلات.

(٦) طمأنة الطالب بأن ما يعانيه من صعوبات لن تنتهي به إلى الاضطراب النفسي، وان هذه الأسباب ليست لها علاقة بالأمراض النفسية ولكن بشرط ان يكون صادقاً.

(٧) الانتكاسة أحيانا أمر لا مفر منه ولكن يجب الأخذ في الاعتبار ان هذا لا يعني ان وضع الطالب قد صار سيئا أو ميئوسا منه.

(٨) إذا كان هناك اعتقاد بأن المعاناة عقوبة من الله، فعلى المرشد أن يجعل الطالب يستبصر بأنه ليس كل ما يحدث له هو نتيجة الذنوب والخطايا، ويمكن طمأنته بأنه قد يكون اختبارًا من الله وانه رفع لدرجته عند الله.

نشأة وتطور الإرشاد المدرسي بالمملكة العربية السعودية :

لقد مر التوجيه والإرشاد في المملكة العربية السعودية وفقًا لما ورد في عدد من التعاميم والوثائق التي تصدر عن وزارة التربية والتعليم بثلاث مراحل أساسية هي:

المرحلة الأولى : مرحلة إنشاء إدارة التربية والنشاط الاجتماعي في الفترة ما بين عامي ١٩٥٢- ١٩٥٩ م، ففي العام التالي لإنشاء وزارة المعارف انشأت الوزارة إدارة التربية والنشاط الاجتماعي لتقوم بالإشراف الفعلي على مختلف أوجه النشاط المدرسي في مدارس المملكة العربية السعودية، ووضع البرامج والخطط، وتقديم المقترحات التي تهدف إلى الرقي بالنواحي الاجتماعية. وزودت الوزارة إدارة التربية والنشاط الاجتماعي بالاختصاصيين الاجتماعيين للإشراف على نواحي النشاط والتي كان من أهمها : الأسر المدرسية، ومجالس الآباء والمعلمين، والأندية الرياضية المدرسية، والأنشطة الاجتماعية والثقافية، ونظام خدمة البيئة.

المرحلة الثانية : إنشاء إدارة التربية الاجتماعية بالإدارة العامة لرعاية الشباب ١٩٥٩- ١٩٧٩ موقد تطورت إدارة التربية و النشاط الاجتماعي إلى إدارة عامة لرعاية الشباب ضمت أربع إدارات فرعية منها إدارة التربية الاجتماعية التي تتولى مهمة التنظيم والإشراف على الجمعيات التعاونية، ومجالس الآباء والمعلمين، والأندية المدرسية، ونظام رواد الفصول، والإسعاف المدرسي، والنشاط الثقافي والاجتماعي.

المرحلة الثالثة : إنشاء الإدارة العامة للتوجيه والإرشاد الطلابي ١٩٨٠ م حتى الآن ؛ حيث أصدر معالي وزير المعارف قرارا برقم ٢١٦/خ في ١٩/١٠/١٩٨٠ م يقضي بتطوير إدارة التربية الاجتماعية إلى إدارة عامة للتوجيه والإرشاد الطلابي وقد بدأ التطبيق الفعلي للإرشاد على مستوى المناطق التعليمية ابتداء من الفصل الدراسي الثاني ١٩٨١م.

وكذلك شهدت السنوات الأخيرة نموًا وتطورًا ملحوظًا في مختلف مجالات الحياة شمل هذا النمو والتطور الجوانب القيمية والأخلاقية والاجتماعية والتعليمية والصحية

والاقتصادية والتقنية مما ادى إلى وجود حاجة ملحة للمهن ذات الطابع الإنساني كعلم النفس والخدمة الاجتماعية والاجتماع على وجه العموم والإرشاد النفسي والاجتماعي على وجه الخصوص.

ويرى ابو عباة ونيازي (٢٠٠١ : ١٨- ٢٠) أن هذه الحاجة كانت نتيجة لعوامل عديدة منها:

(١) اهتمام المملكة العربية السعودية بجميع أوجه الرعاية للمواطنين ومنها الاهتمام بالصحة النفسية والاجتماعية.

(٢) التغييرات التي حدثت في مجال الأسرة وخاصة خروج المرأة للعمل والتي كانت في الماضي تقوم بتربية وتعليم ومتابعة أبنائها كما كانت مصدرا للحنو والشفقة والعطف، وتغير اهتمامات الأب وبعده عن منزله لفترات طويلة وعدم اهتمامه بتربية ابنائه ورعايتهم على الوجه المطلوب.

(٣) ازدياد عدد الجامعات السعودية وتعدد تخصصاتها مما دعا إلى وجود حاجة لتوجيه الطلاب وإرشادهم خاصة في مجال اختيار التخصص المناسب وذلك حسب قدراتهم واستعداداتهم وطموحاتهم وميولهم ورغباتهم.

(٤) ازدياد أعداد الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة والطالبات وكثرة المشكلات التعليمية والاجتماعية والنفسية التي تواجههم وعجز المؤسسات التعليمية عن التعامل معها.

(٥) تغير حاجة سوق العمل في المملكة العربية السعودية وخضوعه للانتقاء والاختيار.

(٦) الغزو الفكري عبر وسائل الإعلام المختلفة المرئي منها والمقروء والمسموع وما ترتب عليه من ظهور مشكلات أخلاقية واجتماعية ونفسية متباينة، وفشل كثير من الناس في التعامل الصحيح مع هذه المشكلات مما أدى إلى وجود حاجة ملحة لتدخل المتخصصين.

(٧) كثرة وتنوع المشكلات الأسرية وعدم امتلاك كثير من الآباء و الأمهات للمهارات اللازمة التي يمكن أن تساعدهم في التعامل مع هذه المشكلات.

(٨) زيادة الوعي لدى المواطنين بأهمية الصحة النفسية بصفة عامة مما أدى إلى بحثهم وطلبهم لمساعدة المتخصصين.

(٩) كثرة وتنوع الوظائف وتعددها مما جعل من الصعب على الطالب القيام بعملية الاختيار بنفسه.

(١٠) النظرة السلبية من قبل بعض أفراد المجتمع تجاه العمل اليدوي بغض النظر عن حاجة المجتمع.

الأهداف العامة للإرشاد المدرسي:

يسعي الإرشاد المدرسي إلى تحقيق العديد من الأهداف منها:

(١) توجيه الطالب وإرشاده إسلامياً في جميع النواحي النفسية والأخلاقية والاجتماعية والتربوية والمهنية لكي يصبح عضواً صالحاً في بناء المجتمع وليحيا حياة راضية مطمئنة.

(٢) بحث المشكلات التي يواجهها أو قد يواجهها الطالب أثناء الدراسة سواء كانت شخصية أو اجتماعية أو تربوية والعمل على إيجاد الحلول المناسبة التي تكفل أن يسير الطالب في الدراسة سيراً حسناً، وتوفر له الصحة النفسية.

(٣) العمل على توثيق الروابط والتعاون بين البيت والمدرسة لكي يصبح كل منهما مكملاً وامتداداً للآخر لتهيئة الجو المحيط المشجع للطالب لكي يواصل دراسته.

(٤) العمل على اكتشاف مواهب وقدرات وميول الطلاب المتفوقين أو غير المتفوقين على حد سواء والعمل على توجيه واستثمار المواهب والقدرات والميول فيما يعود بالنفع على الطالب خاصة والمجتمع بشكل عام.

(٥) إيلاف الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة الجو المدرسي وتبصيرهم بنظام المدرسة ومساعدتهم قدر المستطاع للاستفادة القصوى من برامج التربية والتعليم المتاحة لهم وإرشادهم إلى أفضل الطرق للدراسة والمذاكرة.

(٦) مساعدة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على اختيار نوع الدراسة والمهنة التي تتناسب مع قدراتهم وميولهم واحتياجات المجتمع، وكذلك تبصيرهم بالفرص التعليمية والمهنية المتوفرة وتزويدهم بالمعلومات وشروط القبول الخاصة بها حتى يكونوا قادرين على تحديد مستقبلهم واضعين في الاعتبار اشتراك أولياء أمورهم في اتخاذ مثل هذا القرار.

(٧) الإسهام في إجراء البحوث والدراسات حول مشكلات التعليم في المملكة على سبيل المثال مشكلة التسرب وكثرة الغياب وإهمال الواجبات المدرسية وتدني نسب النجاح في المدارس... الخ.

(٨) العمل على توعية المجتمع المدرسي (الطالب والمدرس والمدير) بشكل عام بأهداف ومهام التوجيه والإرشاد ودوره في التربية والتعليم (الببلاوي، وعبد الحميد، ٢٠٠٤).

ميادين وخدمات الإرشاد المدرسي:

هناك العديد من ميادين وخدمات التوجيه والإرشاد بالمملكة العربية السعودية (مجلة التوثيق التربوي، ١٤٠٢) والتي يمكن عرضها على النحو التالي:

(١) التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي:

إن الهدف من التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي هو العمل على غرس القيم والمبادئ الإسلامية لدى الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة واستثمار الوسائل والطرق العلمية المناسبة لتوظيف وتأصيل تلك المبادئ والأخلاق الإسلامية وترجمتها إلى ممارسات سلوكية تظهر في جميع تصرفات الطالب في كل المواقف والظروف بما يساعد على تعزيز السلوك الإيجابي وتعديل السلوك السلبي وتكوين الشخصية المسلمة المتكاملة.

- يمكن تلخيص أهداف التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي في نقاط محددة؛ حيث يهدف التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي إلى تحقيق الآتي:

(١) إكساب الطالب القيم الإيجابية النابعة من تعاليم الدين الإسلامي الحنيف.

(٢) العمل على تكوين الشخصية المسلمة من خلال التأكيد على القدوة الحسنة.

(٣) تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي بالعمل بمكارم الأخلاق وتعزيز النظام الأخلاقي الذي هو جوهر الإسلام في جميع نواحيه والتركيز على صلة الطالب بخالقه وأن الله معه في السراء والضراء فيشعر برضا والطمأنينة ويجد في المرشد القدوة الحسنة في الصبر والصدق والتسامح واللطف وعدم إفشاء السر.

(٤) غرس الآداب التي تزين أخلاق المسلم وتكوين الشعور بالمحبة للفضائل والقيم الأخلاقية الحميدة في أساليب التفاعل الاجتماعي كالعدل والمساواة والتعاون على الخير والإخلاص في القول والعمل والعفة والنزاهة والإخاء والتراحم وإتقان العمل.

(٥) البعد عن الرذائل والشرور والأخلاقيات الفاسدة مثل الكذب والغش والنفاق وقول الزور والظلم ونقض العهد والخيانة والسرقة والتفاخر والتعصب.

ويحتاج الإرشاد الديني والأخلاقي والإرشاد عامة إلى المرشد المؤمن، ذي البصيرة القادرة على الإقناع والإيحاء والمشاركة الفاعلة مستمداً ذلك من تعاليم الدين الإسلامي الحنيف، يحترم شخصية الطالب ويحبب له الخير للناس ويرغب في مساعدتهم وبذل المعروف، والأخلاق الفاضلة تقوم على أسس أهمها: الاستقامة وصلاح النفس والصدق والتواضع ومصاحبة الأخيار والكلام الحسن واحترام الغير والإصلاح بين الناس وحسن الظن والتعاون والعفة والإحسان.

ومن بين خدمات التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي :

يستثمر المرشد الطلابي جميع الوسائل والقنوات المناسبة لتحقيق أهداف هذا الميدان من خلال الآتي :

(١) العمل على الاستفادة من الجهود التي تقدمها جماعة التوعية الإسلامية بالمدرسة لغرس القيم والأخلاق الإسلامية الفاضلة عن طريق الوسائل المتاحة.

(٢) تفعيل خدمات التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي عن طريق استغلال خدمات الإذاعة المدرسية، وصحف الحائط، ومجالات النشاط المدرسي.

(٣) القيام بإعداد النشرات والمطويات التي تهدف إلى تعزيز السلوك الإيجابي لدى الطلاب، والإشادة به أمام الآخرين كسلوك الأمانة، والصدق.. وغيرها من السلوكيات الايجابية الأخرى.

(٤) حث الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على التمسك بتعاليم الدين الإسلامي الحنيف من خلال تكريم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة المنضبطين وذوي السلوك الحسن.. وغيره من أساليب وطرق مناسبة.

(٥) تفعيل المسابقات في مجال التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي من طريق بعض الأساليب مثل كتابة القصة القصيرة أو تلخيص بعض الكتب الدينية والأخلاقية او كتابة المقالة..الخ.

(٢) التوجيه والإرشاد التربوي :

من الجدير بالذكر أن خدمات التوجيه والإرشاد التربوي في المدرسة يتم من خلالها مساعدة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في رسم وتحديد خططهم وبرامجهم التربوية والتعليمية التي تتناسب مع ميولهم، وقدراتهم، واهتماماتهم، وإمكاناتهم، واستعداداتهم، وأهدافهم، وطموحاتهم. كما أنها تساعدهم ايضاً على اختيار نوع الدراسة التي تناسبهم، ومساعدتهم على تشخيص المشكلات التربوية والتعليمية التي قد تواجههم، ووضع انسب الحلول لها بما يحقق توافقهم التربوي بصفة عامة، كما تقدم خدمات التوجيه والإرشاد في المدرسة المساعدة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة لاستثمار ما لديهم من طاقات، وتعمل أيضاً على تحسين عاداتهم الدراسية بما يمكنهم من تحقيق أعلى درجات التقدم العلمي والتربوي.



ومن بين خدمات التوجيه والإرشاد التربوي:

(١) ترتيب استقبال الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة المستجدين، وتقديم المساعدة لهم قدر الإمكان.

(٢) الإسهام في تنظيم دخول وانصراف الطلاب، والذي ينفذ من قبل جميع العاملين بالمدرسة من إداريين ومعلمين.

(٣) تنفيذ برنامج التسجيل المبكر لطلاب الصف الأول الابتدائي.

(٤) التهيئة الإرشادية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة عند انتقالهم من مرحلة إلى أخرى أو من بعض الصفوف لصفوف جديدة لتحقيق التوافق النفسي والتربوي مع زملائهم ومعلميهم والنظام المدرسي.

(٥) مساعدة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة المتأخرين دراسيًا والراسبين في التعرف على أسباب مشكلاتهم، والعمل على تحسين مستواهم التحصيلي وتقديم الخدمات الإرشادية المناسبة لهم، واتخاذ الخطوات المناسبة لعلاجها.

(٦) العمل على تنفيذ برنامج الإشراف اليومي على الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة قبل بدء اليوم الدراسي وبعد نهايته، وذلك من قبل جميع العاملين بالمدرسة من إداريين ومعلمين.

(٧) الإسهام في توثيق العلاقة بين المنزل والمدرسة من خلال مجالس الآباء وتنظيم اللقاءات وإعداد النشرات.. غيرها من الأنشطة التي تدعم ذلك الدور.

(٨) تنظيم اللقاءات للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة لمساعدتهم في التعرف على أنسب طرق وأساليب الاستذكار الجيد.

(٩) التصدي لما قد يواجه بعض الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة من صعوبات دراسية وتقديم الحلول المناسبة للتغلب عليها.

(١٠) رصد حالات التأخر الصباحي المتكررة من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة والبحث عن أسبابها، وتقديم الخدمات الإرشادية والتربوية المناسبة لمساعدتهم على الانتظام في الحضور المبكر للمدرسة.

(١١) بحث حالات التسرب، والغياب المتكرر والانقطاع الجزئي لدى بعض الطلاب، وتقديم الخدمات الإرشادية والتربوية المناسبة لمساعدتهم على الانتظام.

(١٢) السعي الحثيث لاكتشاف مواهب الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وصقلها وتقديم الرعاية المناسبة لهم.

(١٣) تقديم الرعاية المناسبة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة المتفوقين دراسيًا ، وتذليل ما يواجههم من مشكلات، وإقامة حفلات التكريم السنوية لهم على مستوى المدارس والإدارات التعليمية .

(٣) التوجيه والإرشاد النفسي :

يقصد بالإرشاد النفسي تلك العملية المهنية البناءة التي تهدف إلى مساعدة الطالب لكي يفهم ذاته ويتعرف على جوانب شخصيته وقدراته واستعداداته وميوله وإمكانياته وتنميتها ومساعدته على حل مشكلاته ليصل إلى تحقيق أهدافه وتوافقه النفسي والتربوي والاجتماعي والمهني ليعيش متمتعًا بصحة نفسية سليمة.

ومن بين خدمات التوجيه والإرشاد النفسي :

(١) تبصير الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بخصائص المرحلة العمرية التي يمرون بها، وطبيعة التغيرات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، ومتطلبات كل مرحلة، ومساعدتهم على التوافق معها.

(٢) رعاية سلوك الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وتعزيز الجوانب الإيجابية فيه وتعديل السلوكيات غير المرغوب فيها لدى البعض منهم، وذلك من خلال مساعدتهم على أن يكونوا أكثر توافقًا وأعمق استبصارًا لاستثمار طاقاتهم وقدراتهم لبناء السلوك الإيجابي والسوي.

(٣) الإسهام في تنمية مواهب وإمكانات وقدرات الطلاب؛ وذلك من خلال استغلال الميادين والوسائل المتنوعة : كالأندية التربوية والنشاط الطلابي.. وغيرها.

(٤) بحث حالات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من بعض المشكلات النفسية والاجتماعية والمهنية والتربوية وإيجاد الخدمات الإرشادية المناسبة بالتعاون مع إدارة المدرسة والمعلمين وأولياء أمور الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة سعيًا لتحقيق الصحة النفسية للطالب داخل المدرسة وخارجها.

(٥) استثمار جهود لجنة رعاية السلوك بالمدرسة في إيجاد الإجراءات والخدمات الإرشادية المناسبة لمعالجة مشكلات بعض الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة داخل المدرسة.

(٦) تقديم الرعاية المناسبة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة ذوي صعوبات التعلم، وذوي الإعاقات البسيطة، وتقديم الخدمات الإرشادية المناسبة لهم، ومساعدتهم على التوافق على المستويين النفسي والاجتماعي، ومحاولة دمجهم أكاديميًا واجتماعيًا في المجتمع المدرسي.

(٧) السعي الدائم للاستفادة من وحدة الخدمات الإرشادية التي تم افتتاحها بالإدارة العامة للتوجيه والإرشاد بالوزارة في العام الدراسي ١٩٩٧/١٩٩٨م والتي تم تعميمها على جميع الإدارات التعليمية والتي تتركز مهامها على دراسة حالات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة المحولين لها أو الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يتقدمون بأنفسهم وتدريب بعض العاملين في ميدان الإرشاد على بعض الفنيات والمهارات الإرشادية وتقديم العون والمشورة المهنية لهم بما يحقق نجاح العملية الإرشادية.

(٨) العمل على الاستفادة من مراكز تطوير الخدمات الإرشادية بالمناطق والإدارات التعليمية في دعم وتعزيز الخدمات الإرشادية بالميدان وتطويرها وخاصة دراسة حالات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يتم إحالتهم إليها من قبل بعض المدارس واتخاذ الإجراءات الإرشادية والتربوية المناسبة لحالاتهم.

(٤) التوجيه والإرشاد الاجتماعي :

يركز التوجيه والإرشاد الاجتماعي على التنشئة الاجتماعية السليمة فيما يتعلق بعلاقة الطالب بأقرانه وأسرته والمجتمع بما يشتمل عليه من قيم وعادات ومعايير اجتماعية وآثارها على الطالب، كما يهتم أيضًا هذا الميدان بمساعدة الطالب على تكوين اتجاهات اجتماعية إيجابية تقوم على تقبل الآخرين وبناء علاقات اجتماعية سوية معهم، كما يهدف التوجيه والإرشاد الاجتماعي إلى مساعدة الطالب على تحقيق التوافق على المستويين الشخصي والاجتماعي في الأسرة والمدرسة مع زملائه ومعلميه.. وغيرهم من أفراد المجتمع.

ومن بين خدمات التوجيه والإرشاد الاجتماعي :

(١) العمل على إقامة الندوات والمحاضرات التي تتعلق بما قد يعانيه الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة من مشكلات نفسية أو اجتماعية.

(٢) تحقيق التوافق على المستويين الشخصي والاجتماعي لدى لطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالاستفادة من جميع الوسائل والقنوات والأساليب لتعزيز تفاعل الطالب الإيجابي وتحقيق توافقه مع أفراد مجتمعه، وذلك من خلال تزويدهم بالنشرات والمطويات والمطبوعات الإرشادية المناسبة في هذا المجال.



(٣) تنمية روح المشاركة الاجتماعية عن طريق تعزيز تفاعل الطالب مع الآخرين باستثمار خدمات الأنشطة الطلابية ومجالاتها الثقافية والعلمية والرياضية والكشفية والخدمات الاجتماعية والخدمات العامة من رحلات وحفلات ومسرحيات .... وغيرها من الأساليب الأخرى.

(٤) تشجيع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على العمل الجماعي والتنافس الشريف ببناء علاقات إيجابية مع الآخرين كالزملاء والمعلمين وغيرهم.

(٥) بحث حالات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من سوء التوافق الاجتماعي والبحث عن أفضل السبل والخدمات لتحسينها.

(٥) التوجيه والإرشاد الوقائي :

يهدف التوجيه والإرشاد الوقائي إلى توعية الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالآثار والنتائج الصحية والنفسية والاجتماعية التي قد تترتب على بعض الممارسات والأعمال المنحرفة، والعمل على إزالة أسبابها ومساعدة الطالب على تجنب تلك الممارسات السلبية،

حتى يتجنب ما يترتب عليها من المشكلات. ولذلك يطلق على ميدان التوجيه والإرشاد الوقائي "ميدان التحصين النفسي".

ومن الجدير بالذكر ان التوجيه والإرشاد الوقائي يركز على تقديم الخدمات الإرشادية والتربوية المناسبة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وفق مراحلهم العمرية لتوعيتهم وتبصيرهم من خلال الندوات والمحاضرات واللقاءات والنشرات بأضرار بعض الممارسات السلبية بما يحقق وقايتهم منها.

ويسعي التوجيه والإرشاد الوقائي إلى تقديم الخدمات العديدة التالية:

(١) استثمار موضوعات المناهج الدراسية في توعية الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة صحيًا ونفسيًا واجتماعيًا ولتظهر سلوكًا يمارسه هؤلاء الطلاب في حياتهم اليومية ومن هذه المواد مثلاً القرآن الكريم والحديث الشريف والفقه وغيرها من مواد التربية الإسلامية وغيرها.

(٢) توعية الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة ومعلميهم وأولياء امورهم بأضرار ممارسة التدخين وشرب المسكرات والمخدرات وما يدخل في حكمها كتشمم المواد الطيارة والمنشطات والمذيبات لجميع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في المرحلتين المتوسطة والثانوية وذلك بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة كإدارة مكافحة المخدرات و إدارة رعاية الشباب ووزارة الصحة والشؤون الإسلامية والأوقاف واللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والجمعيات الخيرية لمكافحة التدخين وغيرها من المؤسسات الحكومية والأهلية.

(٣) الإسهام في نشر الوعي الصحي بين الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالتعاون مع أطباء الصحة المدرسية والتنسيق مع مركز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الموجودة في المنطقة.

(٤) تبصير الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بأضرار التقليد الأعمى لبعض العادات والتقاليد الدخيلة على المجتمعات الإسلامية مثل قصات الشعر وارتداء الملابس

الغريبة وتناقل بعض الكلمات البذيئة.. الخ، وإلى خطر بعض الأفكار الهدامة التي قد تنشر من خلال بعض الكتب والمجلات والصحف أو تبث عن طريق الإذاعات أو القنوات التلفزيونية الفضائية والانترنت وغيرها.

(٥) تبصير الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بأضرار الرفقة السيئة وفائدة تخير الجلساء الصالحين والتعرف على طبيعة الصداقة والأخوة الإسلامية والإقتداء بالنماذج الحسنة في المجتمع ويمكن تحقيق ذلك من خلال تنفيذ مسابقات للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة المنضبطين بالمدرسة ووضع لوحات شرف خاصة بهم يمكن وضعها في مكان بارز بالمدرسة.

(٦) توعية الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بأهمية المحافظة على المرافق العامة كالمباني المدرسية ومرافقها والممتلكات الخاصة كالكتاب والمقاعد والمستلزمات المدرسية المختلفة.

(٧) توعية الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بأهمية ترشيد المياه والكهرباء والهاتف والغاز وغيرها من الخدمات سعياً للحفاظ على مقومات الاقتصادية الوطنية ولتحقيق ذلك يتم التنسيق مع رائد النشاط بالمدرسة.

(٨) تبصير الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بأهمية التوعية الأمنية من خلال برامج السلامة المرورية ويوم الشرطة ويوم الدفاع المدني والوقاية من الوقوع في الجريمة ومحاربتها والتعاون مع الجهات الأمنية في تسهيل الجهود التي يقوم بها رجال الأمن في توعية طلاب المدارس امنياً .

(٩) تكثيف الجهود في الحد من إيذاء الأطفال وإهمالهم أو الإساءة إليهم سواء في المدرسة أو في الأسرة أو البيئة الاجتماعية وتوعية المعلمين وأولياء امور الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بأهمية رعاية الأطفال وتنشئتهم وتربيتهم تربية قويمة والبعد عن التعامل معهم بقسوة وغلظة والاهتمام ببحث اي حالات إيذاء او اي نوع من التحرشات يمكن توقع وجودها او منعها في بدايتها للقضاء عليها في مهدها.

(١٠) تنفيذ بعض الخدمات الوقائية الإرشادية الأخرى وتصميم برامج خاصة بها مثل :

- ❖ إدارة الوقت وتنظيمه.
- ❖ إدارة الغضب وكيفية السيطرة عليه.
- ❖ المهارات الاجتماعية اليومية مثل المبادأة بالسلام وتقدير الآخرين، والتعامل مع الوالدين، والتعامل مع المعلمين، والاستئذان، وتقدير الذات.

(٦) التوجيه والإرشاد التعليمي والمهني :

يهدف التوجيه والإرشاد المهني إلى مساعدة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على الاختيار الملائم لمهنة المستقبل وذلك من خلال العمل على فهم ذواتهم، والكشف عن ميولهم وقدراتهم واستعداداتهم، كما يهدف أيضاً هذا الميدان إلى العمل على تبصير الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالفرص التعليمية والمهنية المتاحة ومتطلباتها الذاتية والمكتسبة وتنمية اتجاهاتهم الإيجابية نحو بعض الأعمال اليدوية وإثارة اهتماماتهم نحو المجالات العلمية والتقنية والفنية بما يلبي احتياجات الوطن.

ويسعى التوجيه والإرشاد التعليمي والمهني إلى تقديم الخدمات العديدة التالية:

(١) الاستفادة من دليل الطالب التعليمي والمهني وإطلاع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة عليه وخاصة الصفوف النهائية لاختيار نوع التخصص العلمي أو المهني وذلك بمساعدة المرشد الطلابي بما يتناسب مع حاجات الطالب وقدراته وميوله.

(٢) تعريف الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالمهن والوظائف المختلفة وفرص التعليم المتاحة من خلال النشرات الأدلة (الكاتالوجات)، والعمل على نشر المعلومات التي يتضمنها دليل الطالب التعليمي والمهني (دليلك نحو مستقبلك التعليمي والمهني) والذي وضعته الإدارة لتعريف الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالمجالات التعليمية والمهنية المتاحة ومتطلباتها الذاتية والمكتسبة وطبيعتها وخصائصها ومدى توفرها. وبما يتلاءم مع قدراتهم وإمكاناتهم وبما يلبي احتياجات خطط التنمية بالمملكة.

(٣) تنظيم لقاءات وندوات ومحاضرات حول أهمية اختيار الطالب لنوعية الدراسة بالمدارس والمعاهد الفنية والكليات العسكرية والتقنية والجامعية مع مراعاة العوامل المختلفة التي تتحكم في اتخاذ القرار مثل القدرات والميول والاتجاهات والظروف الشخصية والأسرية مع التركيز على التخصصات المطلوبة في البيئة واختيار الدراسة المناسبة او التدريب المهني الملائم ويمكن لأولياء أمور الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة حضور هذه اللقاءات.

(٤) السعي نحو إقامة مراكز للتوجيه والإرشاد المهني بإدارات التعليم، وذلك لتوفير قاعدة من المعلومات المهنية وتزويد الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بها من خلال ما يتاح من وسائل وأساليب،

(٥) تنفيذ الأسبوع المهني في كل عام دراسي بمشاركة الجهات ذات العلاقة كالغرف التجارية والصناعية والمؤسسة العامة للتعليم الفني والتدريب المهني بما تتضمن من مراكز ومعاهد وكليات وفروع الجامعات وكليات المعلمين والكليات العسكرية وأرباب الأعمال والمهن وغيرها من القطاعات ذات العلاقة.

(٦) تكوين الجماعة المهنية في المدرسة من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة لتقوم بدورها في تكييف الوعي المهني المطلوب لدى هؤلاء لطلاب وأولياء أمورهم وتعديل اتجاهاتهم النفسية والاجتماعية نحو بعض المهن وإنشاء زاوية مهنية تتوفر بها بعض الكتب والنشرات والأفلام.. وغيرها من مصادر المعلومات.

(٧) توجيه الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة نحو اختيار التخصصات المختلفة في المرحلة الثانوية وفق البرنامج المخصص لطلاب الصف الأول الثانوي والمتوقع انتقالهم للصف الثاني في الأسبوع الأول لبداية الفصل الثاني من كل عام دراسي وذلك وفقاً لميولهم واتجاهاتهم واستعداداتهم وخطة التنمية في المملكة مع اهمية تشجيع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على الالتحاق بتخصصات العلوم الطبيعية لأهميتها في تنمية الطالب ويمكن الاسترشاد عند التنفيذ الميداني ببرامج توجيه الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة للتخصصات الدراسية بالمرحلة الثانوية.

(٨) مراسلة الجامعات وفروعها والكليات والمعاهد والمدارس والمراكز التدريبية والتعليمية المختلفة للحصول على ما يتوفر لديها من أدلة ومطويات ونشرات عن طبيعة الدراسة بها وشروط القبول فيها وإيضاحها للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال اللوحات والندوات والنشرات والمطويات المختلفة.

(٩) العمل على إعداد "حقيبة مهنية" تشتمل على معلومات ضمن نشرات ومطويات ومطبوعات ومجلات وأدلة وكتيبات وأفلام وأشرطة تعريفية حول المجالات المهنية وتوفيرها في المدارس لتمكين الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة من الاستفادة منها في إثراء معارفهم حول تلك المجالات.

(١٠) العمل على توفير مكتبة خاصة تحتوي على الكتب والمراجع والأدلة والنشرات والمجلات والمطويات وما يتوفر من مقاييس واختبارات نفسية مقننة في هذا المجال واستثمار جميع تلك الأساليب والوسائل في تعزيز الاستفادة الفعلية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وأولياء أمورهم من هذه المراكز من خلال زياراتهم لها والاستفادة من خدماتها.

(١١) إقامة أندية تربوية في مجال التوجيه المهني بالمدارس الثانوية والمتوسطة تمكنهم من التعرف على طبيعة العديد من المهن وخصائصها ومتطلباتها ومدى تواؤمها مع قدراتهم وميولهم بما يعينهم مستقبلا على تحقيق الاختيار السليم لمهنة المستقبل.

(١٢) العمل على تنظيم زيارات ميدانية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة للمؤسسات التدريبية والمهنية ومواقع الأعمال والمصانع والشركات والمتاجر والورش لإكساب هؤلاء الطلاب الخبرة المباشرة عنها.

(١٣) توفير مختبر إرشادي مهني في المدارس الثانوية يحتوي على ما يتعلق بالمجالات المهنية من معلومات، ومشاركة بعض المختصين من ذوي العلاقة في تنظيم بعض الندوات وحلقات المحاضرات والمسابقات والنشاطات المهنية للطلاب.

(١٤) نشر الثقافة المهنية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة والعمل على تعديل الاتجاهات السلبية نحو بعض المهن من خلال الجماعة المهنية في المدرسة، واستثمار جميع الوسائل والأساليب المتاحة في المدرسة لتحقيق أهدافها.

(١٥) تقديم الاستشارة الإرشادية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وأولياء أمورهم في مجال التوجيه المهني بما يعينهم على اتخاذ القرارات المناسبة في اختيار مجال ومهنة المستقبل ويمكن ذلك من خلال تفعيل خدمة الهاتف المهني بمراكز التوجيه المهني.

(١٦) خلال الفصل الدراسي الثاني من كل عام دراسي يمكن تنفيذ برنامج "اسبوع تكثيف خدمات التوجيه المهني على مستوى المدارس وإدارات التعليم بمشاركة الجهات التعليمية والمهنية المدنية والعسكرية في القطاع الحكومي والخاص".

أبرز البرامج والخدمات الإرشادية المدرسية:

هناك العديد من البرامج والخدمات الإرشادية بمدارس المملكة العربية السعودية، ومن أبرز هذه البرامج التي تم عرضها في الدليل الإرشادي الصادر عن وزارة التربية والتعليم ما يلي :

(١) وحدة الخدمات الإرشادية :

بدأ العمل بوحدة الخدمات الإرشادية بوزارة التربية والتعليم عام ١٩٩٧م في الفصل الدراسي الثاني وتم تعميمها على جميع المناطق والمحافظات ابتداءً من العام ٢٠٠٠م، ووحدة الخدمات الإرشادية واحدة من أهم البرامج الإرشادية التي تطبق الآن في الميدان وهي عبارة عن مكان مخصص لتوفير خدمات الإرشاد الطلابي وخاصة دراسة الحالات والمشكلات الطلابية كما تقوم بتطبيق الاختبارات النفسية والرد على التساؤلات والاستشارات الإرشادية من خلال الهاتف وتهدف هذه الوحدة إلى مساعدة كل من الطالب والمعلم في التغلب على ما يواجهانه من صعوبات ومشكلات نفسيه لم تصل إلى حد المرض النفسي، وتستهدف الوحدة المساعدة في علاج جميع المشكلات التي تعترض الطالب والمعلم.

(٢) برنامج الإطار العام لرعاية السلوك وتقويمه :

يهدف هذا البرنامج إلى غرس القيم السلوكية والمثل العليا والأخلاق الإسلامية السامية في نفوس الناشئة ومساعدتهم على ترجمتها إلى ممارسات سلوكية ملموسة

وتحصينهم ذاتيًا من ممارسة السلوكيات غير السوية، ويتم تنفيذ هذا البرنامج بالتعاون بين مختلف الأطراف المتصلة بالطالب من الأسرة بجميع أفرادها والمدرسة بجميع التربويين فيها من مرشدين ومعلمين وإداريين، واستثمار نشاطاتها ودور لجان رعاية السلوك فيها وجميع الإمكانات المتاحة فيها وبمشاركة المؤسسات الفاعلة في المجتمع (المسجد، ووسائل الإعلام، والأندية، والمؤسسات الاجتماعية الأخرى..) وتوحيد جميع تلك الجهود في تحقيق الرعاية المناسبة لشخصية الطالب من جميع النواحي النفسية والاجتماعية والروحية والتربوية، وتنمية النماذج الإيجابية وتعديل الممارسات السلبية في سلوكه لمساعدته في تكوين شخصية إسلامية متكاملة.

(٣) الهاتف المهني :

للرد على استفسارات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وأولياء الأمور على مدار الساعة لما قد يعترضهم من صعوبات أو مشكلات يحتاجون إلى مساعدة المختصين في حلها.

(٤) قائمة مشكلات المرحلتين المتوسطة والثانوية:

هي عبارة عن أداة لحصر المشكلات يطبقها المرشد الطلابي بالمدرسة على الطالب ليستطيع من خلالها اكتشاف مشكلات طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية من وجهة نظرهم، وقد تم تعميم هذه القائمة على جميع الإدارات التعليمية عام ٢٠٠١م. وقد ساعدت تلك القائمة على توضح مشكلات سلوكية لم تكن معروفه لدى المرشد والإدارة وعند اكتشافها يتم بناء خطة إرشادية وبرامج إرشادية لكيفية التعامل معها، ومساعدة الطالب على التخلص منها.

الملامح العامة للإرشاد المدرسي :

هناك العديد من الملامح العامة التي تميز الإرشاد عن العلوم الأخرى، خاصة العلوم ذات الطابع الإنساني، وأهم هذه المميزات كما اوضحها جمل الليل (٢٠٠٢: ١٣- ١٤) ما يلي:

(١) الإرشاد هو عمل مهني يقوم به المرشد المؤهل الذي يتحمل المسؤولية في القيام بهذا الواجب، وذلك وفق خطوات وأسس ثابتة.

(٢) الإرشاد يقوم أساسًا على علاقة إرشادية بين المرشد والطالب والتي تعتبر الخطوة الأساسية في سبيل نجاح العمل الإرشادي، ومن مواصفات هذه العلاقة: الدفء والتسامح والتفهم والقبول. فالإرشاد ليس محادثة سطحية، أو علاقة عابرة بين شخصين.

(٣) يهتم الإرشاد ويركز على المهارات اللازمة عند الطالب والتي تساعده على تحديد أهدافه واتخاذ القرارات الصالحة لحل مشكلته، وذلك بعد قيام المرشد بتمهيد الطريق للطالب لطرح العديد من الاختيارات والحلول ومناقشة ذلك للتوصل إلى الأفضل والمناسب منها على اعتبار أن الطالب ليس مريضًا عقليًا او نفسيًا بل هو شخص قادر ومسئول عن اتخاذ قراراته والقيام بالسلوك التوافقي.

(٤) يتضمن الإرشاد مساعدة الطالب على تعلم نماذج جديدة وجيدة من السلوك والاتجاهات بمعني إنه عملية تعلم وتعليم، فعندما يصل الطالب إلى حلول لمشكلته فإنه يدرك واقعه وإمكاناته والنتائج المترتبة على اختياراته.

(٥) يتضمن الإرشاد المجهود المشترك بين المرشد والطالب القائم على الاحترام المتبادل، فمثلاً يشترك الاثنان في مناقشة وتقييم الأهداف المأمولة من العملية الإرشادية، وذلك للتوصل إلى أهداف جيدة وقابلة للتحقيق.

(٦) يتضمن الإرشاد بعض المهارات التي يجب توفرها في المرشد، مثل الحضور والانتباه التام والإصغاء الجيد والاستجابة المناسبة والقدرة على إقناع الطالب أن يغير السلوك غير المرغوب فيه أو تعديله.

(٧) الإرشاد هو أسلوب للحياة في حد ذاته، فهو يساعد الطالب على النمو المستمر بحيث لا تقتصر مهمته على تعديل السلوك المنحرف بل يسهم ويساعد في نمو الطالب في كافة المجالات نحو الأفضل، فاهتمام العمل الإرشادي ينصب على حاضر الطالب ومستقبله.

العملية الإرشادية المدرسية:

تتضمن العملية الإرشادية العديد من المسلمات والمبادئ الأساسية ، والخدمات المنوعة، يمكن عرضها على النحو التالي:

(أ) المسلمات والمبادئ الأساسية للعملية الإرشادية :

يؤكد بركات وزيدان (١٩٨٧) أن هناك العديد من المسلمات الأساسية لعملية التوجيه والإرشاد التي ينبغي على المرشد الطلابي أن يضعها في اعتباره عند التعامل مع الطلاب، ومن بين هذه المسلمات ما يلي:

(١) إن الفروق بين الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة فروق ذات أهمية ودلالة في سلوكهم في مجال الدراسة، ومن أبرز الفروق بين الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وأكثرها تقبلاً الفروق الجسمية ثم الفروق في القدرة على التعلم سواء أكانت هذه القدرة عامة أم نوعية (كيفية)، كما أن من المسلم به أيضًا أن الأسلوب الذي يتبعه المرشد في معاملته للآخرين يختلف من طالب لآخر.

(٢) إن الطالب في نموه الدراسي والمهني يخضع للمبادئ العامة للنمو كما أنه يخضع في سلوكه الدراسي والمهني للمبادئ العامة للسلوك. إن النمو الدراسي والمهني ليسا سوى مظهرين من مظاهر النمو، وهما بذلك يخضعان للمبادئ العامة التي يخضع لها النمو فهما يتأثران بالعوامل الوراثية والعوامل الاجتماعية، كما يتأثران أيضًا بمستوى النضج الذي يصل إليه الإنسان، فاختيار نوع الدراسة ليس بمعزل عن سن الطالب وعن ظروفه الاجتماعية والاقتصادية، كما أن اختيار المهنة يتأثر بمستوى النضج الانفعالي والاجتماعي الذي وصل إليه الطالب، وأهم مبادئ النمو التي يمكن أن تنطبق على النمو الدراسي والمهني هي أنها عملية مستمرة تختلف سرعتها باختلاف الطلاب، وإن عمليات النمو لا تتكرر في الطالب الواحد، وأنها تتمايز في أنماط أو نماذج، وأن النمو يتخذ أنماطًا معينة وأنه يتجه من البساطة إلى التعقيد والتركيب والتمايز والتكامل.

(٣) الفروق التي توجد في الطالب الواحد فروق ذات أهمية ودلالة في مجال الدراسة، فالطالب العادي لا يختلف عن غيره من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة فحسب بل إن

خصائصه تختلف الواحدة عن الأخرى قوة وضعفاً سواء كانت هذه الخصائص صفات جسمية أم استعدادات عقلية أم تحصيلاً دراسياً أم أساليب انفعالية ومزاجية. فالطالب مثلا قد يكون شديد الذكاء ولكنه ضعيف الشخصية، كما أنه قد يكون فوق المتوسط في قدرته الحسابية ولكنه أقل منه في قدرته المكانية.

(٤) إن الدراسات والمهن المختلفة تستلزم من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة لكي ينجحوا فيها متطلبات مختلفة، فكل دراسة تختلف عن غيرها في الصفات أو السمات أو غير ذلك من الخصائص التي ينبغي توفرها في الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يلتحقون بها. فالدراسات العلمية مثلا تتطلب استعدادات تختلف عن الدراسات الأدبية، كما ان مستوى الدراسة التي يقوم بها الطالب تتطلب أيضًا استعدادات معينة.

(٥) يحتاج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في فترة ما او أكثر من فترات حياتهم إلى المساعدة الفنية التي يقدمها المرشد سواء كانت هذه المساعدة في ميدان الدراسة او المهنة. وتختلف هذه الحاجة من طالب لآخر فالبعض في حاجة إلى المساعدة الكبيرة المستمرة التي تتناول أكثر من ناحية من نواحي الدراسة أو العمل. والبعض الآخر في حاجة إلى مساعدة بسيطة قصيرة تتناول ناحية من هذه النواحي، وليست هذه المساعدة أمرًا يتم بطريقة آلية أو في جلسة واحدة، ولكنها مساعدة علمية مقصودة، لا يقوم بها إلا المرشدون نظرًا لأهميتها وما قد يترتب عليها من آثار.

ويضيف هيبورث ولارسين (.199) Hepworth&Larsen ان هناك عددًا من المبادئ التي تقوم عليها العملية الإرشادية، ومن بين هذه المبادئ ما يلي:

(١) أن الناس يملكون القدرة على اتخاذ القرار والاختيار، كما أنهم قادرون على توجيه حياتهم أكثر مما يعتقدون.

(٢) أن مساعدة الناس تستلزم تحمل مسؤولية مساعدتهم إلى اقصى حد ممكن لكي يعتمدوا على انفسهم ويستغلوا طاقاتهم وجوانب القوة فيهم.

(٣) أن مساعدة الناس مسؤولية تستلزم العمل تجاه تغيير المؤثرات والأوضاع البيئية السلبية.

(٤) ان السلوك الإنساني سلوك هادف وموجه.

(٥) ان الناس قادرون على تعلم سلوكيات جديدة، وأن مسؤولية المرشد تتركز حول مساعدتهم لاكتشاف قدراتهم والاستفادة منها لإحداث التغيير ولزيادة النمو.

(٦) ان معظم الصعوبات التي تواجه الناس يمكن التغلب عليها من خلال حل المشكلات الحالية.

(٧) انه من خلال الحصول على المعلومات وتعلم مهارات جديدة يستطيع الناس حل مشكلاتهم والتغلب على الصعوبات التي تواجههم في حياتهم، كما يستطيعون تحقيق نموهم الشخصي.

(٨) ان النمو الإنساني عبارة عن مجموعة من الخبرات والتجارب التي ينبغي الاستفادة منها في مواجهة المشكلات.

(٩) ان الإنسان يريد أن يحقق ذاته ويشعر بقيمته وكرامته وهي حاجة أساسية وطبيعية في كل إنسان، وعلى المحيطين به توفير هذه الحاجة وإشباعه إياها.

(١٠) أن الإنسان بحاجة إلى أن يمارس شخصيته، ويشبع من حاجاته واهتماماته، ولهذا ينبغي ان تتاح له فرصة التعبير عن طموحاته والعمل على تحقيقها.

(١١) ان النمو الإنساني يظهر من خلال علاقة الإنسان مع الآخرين، ومن ثم فإن نمو علاقة المساعدة تعتمد بدرجة كبيرة على مقدار الحب والتقبل والاحترام والتقدير الذي توفره هذه العلاقة.

(١٢) ان الوعي بالذات هو الخطوة الأولي لفهم وإدراك ومعرفة الطالب لنفسه.

(١٣) ان اي اسلوب يستخدمه المرشد لإحداث التغيير المنشود ينبغي أن يراعي كرامة الطالب وقيمته وحريته في اتخاذ القرار وخصوصيته (في أبو عباة ونيازي، ٢٠٠١: ٥٠- ٥٢).

(ب) الخدمات التي يتضمنها الإرشاد في المدرسة :

لقد أورد بركات وآخرون (ب. ت) عدداً من الخدمات التي يتضمنها الإرشاد داخل المدرسة، ومن بين هذه الخدمات ما يلي :

أولاً : الخدمة الخاصة بتعريف الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة فائدة الدراسة وفائدة الاستمرار فيها: تهتم هذه الخدمة بتوضيح انه كلما استمر الطالب في دراسته اتيحت له فرص اوسع للعمل ورقى أكبر للنواحي المادية والاجتماعية.

ثانيًا : الخدمة المتعلقة بتعريف الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالإمكانيات التربوية المختلفة: وتهدف هذه الخدمة إلى تعرف الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على استعداداتهم وقدراتهم وميولهم وسماتهم الشخصية ومستويات تحصيلهم ومقارنة ذلك بزملائهم وبطلاب المدارس والكليات والمعاهد التي يفكرون في الالتحاق بها.

ثالثًا : الخدمة المتعلقة بالاستشارات التربوية: وهي تهدف إلى مساعدة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على اختيار نوع الدراسة الملائمة لهم وذلك بتعريف هؤلاء الطلاب بمجالات الدراسة المختلفة وما تستلزمه من استعدادات أو قدرات وغير ذلك ثم تعريفهم باستعداداتهم وقدراتهم وغير ذلك من خصائصهم الشخصية والملائمة بين إمكانياتهم والدراسة المتاحة لهم.

رابعًا : الخدمة المتعلقة باكتشاف نواحي التأخر الدراسي: وتهدف هذه الخدمة إلى اكتشاف نواحي التأخر في الدراسة سواء أكان هذا التأخر عامًا في جميع المواد أم خاصًا بمادة من المواد.

مستويات تقديم الخدمة الإرشادية بالمدرسة :

يرى بيترسون ونيسنهولز (Peterson & Nisenholz (1995 فيما أورد ابو عباة ونيازي (٢٠٠١: ٢,٥) ان هناك أسلوبين اساسين من أساليب التدخل التي يقوم بها المرشد الطلابي هما:

(١) الخدمات المباشرة :

تشمل على خدمات الإرشاد الطلابي الفردي والجماعي والأسري والتوجيه النفسي التعليمي، وتهدف هذه الخدمات إلى تعزيز النمو الشخصي والاجتماعي للطالب وتحسين

مستوى نموه العلمي والمهني. ومن القضايا والموضوعات والمشكلات التي يتعامل معها المرشد في هذا المستوى اتجاهات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وسلوكياتهم،والعلاقات مع الزملاء،ومهارات التعلم، والمشكلات الأسرية كالعنف والطلاق وموت أحد أفراد الأسرة، حيث يقوم المرشد باستخدام طرق عدة للتعامل مع هذه الموضوعات والمشكلات ومساعدة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على التغلب عليها وتجاوزها.

(٢) الخدمات غير المباشرة :

تشتمل على تقديم الاستشارة، والتنسيق.. فتقديم الاستشارة يتطلب التعامل مع المعلمين والعاملين في المدرسة والوالدين بهدف مساعدتهم على تحسين أسلوب تفاعلهم مع الطلاب، ويستخدم المرشد أساليب تدخل مختلفة لتقديم الاستشارة منها: المؤتمرات الطلابية، وحلقات النقاش، وورش العمل، التي تستهدف إكساب الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة مهارات محددة تساعدهم في التعامل مع مشكلات معينة .

الخدمة الاجتماعية المدرسية



الفصل السادس

مفهوم الخدمة الاجتماعية المدرسية.

دور الأخصائي الاجتماعي المدرسي.

أهداف الخدمة الاجتماعية المدرسية.

أهداف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

دور الأخصائي الاجتماعي المدرسي في تفعيل الدمج.

معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي.

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) تحديد مفهوم الخدمة الاجتماعية المدرسية.

(٢) التمييز بين أدوار الأخصائي الاجتماعي المدرسي، والأخصائي النفسي.

(٣) تذكر العناصر الأساسية في خطة عمل الأخصائي الاجتماعي.

(٤) التعرف على المجالات الأساسية لعمل الأخصائي الاجتماعي المدرسي.

(٥) توضيح أهداف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقات.

(٦) استنتاج دور الأخصائي الاجتماعي المدرسي في تفعيل الدمج.

الفصل السادس
الخدمة الاجتماعية المدرسية
School Social Service

مُقَدِّمَة

إن للخدمة الاجتماعية إسهامات قد لا تختلف في مضمونها عن بقية الخدمات المساندة ولكن يختلف أسلوب الإسهام في كيفية مواجهة المشكلات لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، لهذا فإن تركيزها ينصب على الجوانب الاجتماعية وعلاقة تأثير ذلك على بيئة الطفل المنزلية، والمدرسية والاجتماعية، بالإضافة إلى مساعدة الأطراف المعنية بتربية وتنشئة الطفل ذي الاحتياجات الخاصة على تحديد مصادر الخدمة المساندة التي يمكن أن تدعم أعمالهم مع الطفل – المساعدة الإرشادية، الدعم المالي للأسرة – (Gast & Worlery, 1985) أو خدمات علاجية يمكن أن تدعم عمل المعلم مع الطفل، وما إلى ذلك من خدمات.

يساعد أخصائي الخدمة الاجتماعية المدرسية في جمع المعلومات من الوالدين، وتنسيق جهود فريق ما قبل الإحالة أو فريق الخطة التربوية الفردية مع المؤسسات المجتمعية، وملاحظة تفاعلات الطلاب خارج الفصل المدرسي، كما أنهم قادرون على تقديم الخدمات الاستشارية للوالدين والمعلمين والطلاب.

ويعتبر الأخصائي الاجتماعي المدرسي بمثابة حلقة الوصل بين المدرسة والمؤسسات الخارجية الموجودة بالمجتمع بدءاً من المنزل إلى المراكز المتخصصة حيث يتركز محور اهتمام الأخصائي الاجتماعي في العمل مع البيئة التي يعيش فيها الطالب بما فيها من اشخاص، وأنشطة، وخبرات تؤثر عليه. فالخدمة الاجتماعية المدرسية خدمة متخصصة تشتمل على دراسة الحالة في مجال المنزل والمدرسة لمجموعة الطلاب الذين يعانون من مشكلات ترجع لظروف الأسرة والبيئة المحيطة بهم، أي أنه يمكن القول أن الأخصائي الاجتماعي يتعامل مع البيئة بهدف تعديلها وتغييرها.

مفهوم الخدمة الاجتماعية المدرسية:



الخدمة الاجتماعية المدرسية تعني: "مجموعة من الجهود المهنية التي يهيئها الأخصائي الاجتماعي لطلبة المدارس لتحقيق أهداف التربية الحديثة أي تنمية شخصياتهم والاستفادة من الفرص والخبرات إلى أقصى حد تسمح به قدراتهم واستعداداتهم المختلفة ؛ لكي تنمو شخصية الطالب نموًا متكاملاً من خلال إشباع حاجات الفرد الجسمية والعقلية والوجدانية والاجتماعية وكذا تشجيع العلاقات الاجتماعية السليمة للفرد مع البيئة ومجتمعه".

وأصبح النشاط المهني للأخصائي الاجتماعي في المدرسة أساسا لمحاولة مساعدة تلاميذ المدرسة على حل مشكلاتهم والتغلب على الصعوبات التي تواجههم وذلك لإزالة اية عوائق قد تعرقل التحصيل الدراسي للتلاميذ أو تمنع استفادتهم المناسبة من موارد وإمكانيات المدرسة ، والهدف الأساسي من وراء ذلك العمل هو مساعدة التلاميذ على القيام بأدوارهم الاجتماعية بطريقة طبيعية وسليمة، ومساعدة المدرسة على تحقيق رسالتها في التربية وتعليم التلاميذ وإعدادهم للمستقبل.

إن الخدمة الاجتماعية هي: " مهنة إنسانية " تستهدف رفع الكفاية التعليمية خلال انماط من الأداء والممارسة التي تخص الطالب كحالة فردية أو كعضو في جماعة في مدرسة، أو كشخص منتم لبيئة محلية.

والخدمة الاجتماعية المدرسية رسالة تربوية قبل أن تكون مهنة وتقوم على:

١) مساعدة الطالب – كحالة فردية وكعضو يعيش في المجتمع – لتحقيق النمو المتوازن المتكامل الشخصية، والاستفادة من الخبرة التعليمية إلى أقصى حد ممكن، وهي بذلك أداة لتنمية الطالب والجماعة والمجتمع.

٢) تنشئة الطالب اجتماعيًا وتدريبه على الحياة والتعامل الإنساني الإيجابي.
٣) تزويد الطالب بالخبرات والجوانب المعرفية لإعداده لحياة اجتماعية أفضل.
٤) تعديل سلوكه وإكسابه القدرة على التوافق الاجتماعي السوي.
٥) مساعدة الطالب للتعرف على استعداداته وقدراته وميوله وتنميتها والاستفادة منها لأقصى حد ممكن.
٦) التكامل مع المجتمع من أجل استثمار الطاقات البشرية المتاحة وحفزها على العمل البناء، وربط الطالب بالبيئة المحلية بما يحقق الرفاهية الاجتماعية.

وبهذا المعنى تكون الخدمة الاجتماعية المدرسية جانبًا أساسيًا محوريًا في الوظيفة التربوية التعليمية للمدرسة.

دور الأخصائي الاجتماعي المدرسي:

يعتبر الأخصائي الاجتماعي احد الأعضاء الأساسين في فريق تأهيل المعوقين ويسهم هذا الدور في تحقيق الأهداف المنشودة من عملية التأهيل، حيث يعمل الأخصائي مع الفرد المعاق في مراحل العجز المختلفة ويعمل مع أسرة المعاق في مراحل التكيف المتعاقبة كما يعمل مع المجتمع في مراحل التقبل المختلفة.

يمارس الأخصائيون الاجتماعيون العمل الاجتماعي باعتباره مهنة. والأخصائيون الاجتماعيون هم هؤلاء الأفراد الذين يحملون شهادة مؤهل بالخدمة الاجتماعية. وفي الغالب، يجب أن يحصل هؤلاء الأخصائيون الاجتماعيون على تصريح يجيز لهم مزاولة العمل بهذا المجال او ان يتم تسجيلهم رسميًا باعتبار انهم يزاولون هذه المهنة بالفعل. في معظم دول العالم الغربي، يبدأ الأخصائيون الاجتماعيون مزاولة العمل الاجتماعي بمجرد حصولهم على شهادة بكالوريوس الخدمة الاجتماعية (بكالوريوس الآداب أو بكالوريوس الخدمة الاجتماعية). كما تمنح أيضًا بعض الدول، مثل الولايات المتحدة الأمريكية، درجات علمية لطلاب الدراسات العليا مثل درجة الماجستير (ماجستير في الآداب او في العلوم أو في الخدمة الاجتماعية) او درجة الدكتوراه (دكتوراه في الفلسفة أو دكتوراه في الخدمة الاجتماعية).

وغالبًا في المملكة المتحدة يُطلَق لفظ أخصائي الخدمات الاجتماعية أو أخصائي الرعاية الاجتماعية على هؤلاء الأفراد الذين لم يتم تسجيلهم مهنيًا وغالبًا هم الذين لا يحملون أي مؤهل رسمي بالخدمة الاجتماعية. ولابد من أن يتم تسجيل الشخص الذي يرغب في الالتحاق بمجال العمل الاجتماعي في المجلس العام للرعاية الاجتماعية حتى يتمكن من ممارسة مهنة العمل الاجتماعي قانونًا ويطلق عليه اسم "الأخصائي الاجتماعي". وجاء ذلك عقب إصدار قانون معايير الرعاية لعام ٢٠٠٠ م الذي ينص على الإجراءات اللازمة لحماية التسجيل في



إنجلترا منذ أبريل عام ٢٠٠٥ م. ووفقًا لقطاع الصحة العقلية في المملكة المتحدة، فمنذ نوفمبر عام ٢٠٠٨ م، فإنه من الممكن أن يتم منح أي مؤهل آخر؛ ألا وهو مؤهل أخصائي الصحة العقلية المعتمد (Approved Mental Health Professional).

لقد تمت الاستعاضة عن مؤهل الأخصائي الاجتماعي المعتمد بمؤهل أخصائي الصحة العقلية المعتمد وأصبح ذلك جزءًا من الإصلاح الذي تم بموجب قانون الصحة العقلية لعام ٢٠٠٧ م. وهذا يجعل بمقدور الأخصائي تقييم الحالة وعمل تقرير لها يقوم بتقديمه إلى المستشفى لكي يتم قبولها طبقًا لقانون الصحة العقلية لعام ١٩٨٣ م. وحيث أنه كان يجوز للأخصائي الاجتماعي المؤهَل فحسب أن يصبح أخصائيًا اجتماعيًا معتمدًا، فإن الأفراد العاملون بمهن أخرى ترتبط بتقديم خدمة للفرد مثل التمريض أو العلاج المهني يمكنهم أيضًا بدء تلقي التدريب الإضافي اللازم لتأهيلهم ليكونوا من أخصائي الصحة العقلية المعتمدين وهكذا، يبدو عالم العمل الاجتماعي ممتعًا وجاذبًا بالنسبة للعديد من الدارسين الواعدين في جميع مستويات التعليم ومراحله المختلفة.

وفي عدد من الدول، فإنه وفقًا للقوانين يتعين ان يتم تسجيل الأفراد العاملين بمجال العمل الاجتماعي كأخصائيين اجتماعيين او منحهم تصريح بمزاولة المهنة كما يتعين عليهم ان يكونوا من حملة المؤهلات الرسمية. وفي دول أخرى، يضع اتحاد المهنيين شروطاً خاصة بمستوى التعليم والخبرة كأساس لقبول العضوية فيها. وبعد أن تُوجت جهود هذه الاتحادات المهنية بالنجاح، اتضح من خلال ذلك ان ادرك أرباب العمل مدى اهمية هذه الشروط التي وضعتها من قبل من أجل الحصول على وظيفة (الرابطة القومية الكاثوليكية للأخصائيين الاجتماعيين Association Catholic Social Workers National).

ويعرف الأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي بأنه: ذلك الشخص الفني والمهني الذي يمارس عملة في المجال المدرسي في ضوء مفهوم الخدمة الاجتماعية، وعلى أساس فلسفتها ملتزمًا بمبادئها ومعاييرها الأخلاقية، هادفًا إلى مساعدة التلاميذ الذين يتعثرون في تعليمهم، ومساعدة المدرسة على تحقيق أهدافها التربوية والتعليمية لإعداد أبنائها للمستقبل".

فدور الأخصائي الاجتماعي يختلف عن دور المدرس، ذلك أن دوره لا بداية له ولا نهاية، لا يتقيد بجدول المدرسة الرسمي، إنما عمله في معالجة القضايا والمشكلات الاجتماعية والنفسية وغيرها للتلاميذ، داخل المدرسة وخارجها ومتابعتها باستمرار طول مدة العام الدراسي، والعام الذي يليه وهكذا، ومفهوم الخدمة الاجتماعية هو تقديم خدمات معينة لمساعدة الأفراد والتلاميذ أما بمفردهم أو داخل جماعات ليتكيفوا على المشكلات والصعوبات الاجتماعية والنفسية الخاصة والتي تقف امامهم وتؤثر في قيامهم بالإسهام بمجهود فعال في الحياة وفي المجتمع، وهي كذلك تساعدهم على إشباع حاجاتهم الضرورية وإحداث تغييرات مرغوب فيها في سلوك التلاميذ وتساعدهم على تحقيق أفضل تكيف يمكن للإنسان مع نفسه ومع بيئته الاجتماعية التي يترتب عليها رفع مستوى معيشته من النواحي الاجتماعية والإنسانية.

ومن خلال الممارسة الفنية والواقع العملي وتطور الواجبات والمستجدات على اختصاصات الأخصائي الاجتماعي في المدارس نجدها محددة فيما يأتي إعداد الخطة

والبرنامج الزمني لأعمال التربية الاجتماعية بالمدرسة وفقاً للإمكانات المتاحة مع تميزها باستحداث وابتكار البرامج ومن الأدوار والممارسات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي والتي أوردها القحطاني، والنعمة، والأشقر، حنان (٢٠٠٣) ما يلي:

(١) إعداد السجلات المنظمة لأعمال التربية الاجتماعية والتي من اهمها:

- سجل الحالات الفردية.
- سجل الأخصائي الاجتماعي.
- سجل اجتماعات المجالس المدرسية.
- سجل البرامج العامة.
- سجل الجماعات الاجتماعية التي يشرف عليها.
- سجل متابعة التأخر الدراسي.
- سجل المواقف الفردية السريعة.
- سجل الإرشاد والتوجيه الجمعي.

(٢) إعداد الملفات المنظمة لأعمال التربية الاجتماعية بالمدرسة والتي منها:

- ملف الخطة والبرنامج الزمني.
- ملف القرارات والتعميمات الوزارية.
- ملف الشطب.
- ملف الأنشطة والبرامج العامة.
- ملف حالات الغياب.
- ملف الميزانية والمعاملات المالية.
- ملف الحالات الخاصة.
- ملف حالات الطلاب كبار السن وتكرار الرسوب.
- ملف الحالات الاقتصادية.
- ملف الحالات السلوكية (تقويم وتوجيه السلوك الطلابي).

(٣) إعداد مشروع الميزانية الخاصة بأنشطة التربية الاجتماعية (النشاط الاجتماعي، والخدمة العامة، ومجالس الآباء والمعلمين).

(٤) دراسة وتشخيص وعلاج الحالات الفردية (الاقتصادية، الشطب، الغياب، التأخر الدراسي، والمشكلات السلوكية، والصحية، والنفسية، والاجتماعية، وكبار السن، ومتكرري الرسوب، والحالات المدرسية الأخرى..) . ويقوم الأخصائي الاجتماعي في هذا الإطار بما يلي:

- ❖ عمليات الإرشاد الفردي والجمعي لتلك الحالات.
- ❖ الاتصال هاتفيًا بأولياء الأمور، والزيارات المنزلية للحالات التي تستدعي ذلك وبترتيب مسبق مع الأسرة.
- ❖ حصر الطلاب متكرري الرسوب وتنظيم متابعتهم ورعايتهم بالتعاون المشترك مع إدارة المدرسة وأولياء الأمور وهيئة التدريس.
- ❖ حصر الطلاب كبار السن ومتابعتهم متعاونًا في ذلك مع إدارة المدرسة وهيئة التدريس وأولياء الأمور.
- ❖ رعاية الحالات النفسية وتحويل ما يحتاج منها إلى خدمات تخصصية للعيادة النفسية ووحدة التخاطب والإرشاد والتوجيه الأسري بقسم التربية الخاصة.
- ❖ التركيز على بحث ومتابعة الطلاب المتفوقين علميًا والمتأخرين دراسيًا وذلك من خلال كشوف درجاتهم ومتابعتهم في الامتحانات المختلفة على مدار العام الدراسي.
- ❖ الاستعانة بسجل القيد وبطاقة درجات الطلاب في الامتحانات الدورية والبيانات المبرمجة بالحاسب الآلي في علاج الحالات الفردية.
- ❖ اكتشاف حالات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تحتاج إلى جهود علاجية لفترات طويلة، ودراستها وتشخيصها ووضع خطط علاجية لها، وإعداد ملف خاص بكل حالة على حده.

(٥) القيام بأعداد كشوف المساعدات الاجتماعية للطلاب المستحقين لها وصرفها عند ورودها، وإجراء البحوث للحالات الجديدة في المواعيد التي تحدد من قبل الإدارة، أو أجراء بحوث للحالات التي تحتاج إلى مساعدات من مخصصات المدرسية من أرباح المقصف واقتراح قيمة المساعدة وإرسالها لإدارة التربية الاجتماعية.

(٦) المشاركة في وضع البرامج الخاصة بالكشف عن ميول ومواهب وقدرات الطلاب وتوجيهها وتنميتها واستثمارها.

(٧) مشاركة إدارة المدرسة في تحديد انواع الجماعات المدرسية الخاصة بالأنشطة، واختيار رواد الجماعات والأسر المدرسية.

(٨) تقديم المشورة الفنية لرواد الصفوف والجماعات والأسر المدرسية في كيفية وضع الخطط التي تلبي احتياجات الطلاب، وتذليل الصعوبات التي تواجههم عند تنفيذ البرامج.

(٩) الإشراف على جماعة واحدة أو اثنتين من جماعات النشاط المدرسي ذات الطابع الاجتماعي مثل: (جماعة الرحلات، جماعة الخدمة العامة، جماعة ذوي الاحتياجات الخاصة، جماعة المسنين، جماعة الشطرنج، جماعة البيئة، جماعة النادي المدرسي، وجماعة الهلال الأحمر، جماعة النشاط التعاوني... الخ).

(١٠) الإشراف على تشكيل مجالس الصفوف ومجلس طلاب المدرسة وتنظيم نشاطها بالتعاون مع رواد الصفوف بالمدرسة.

(١١) أمانة سر المجالس المدرسية :

- ❖ مجلس الهيئة الإدارية والتدريسية.
- ❖ مجلس النشاط المدرسي أو الأسر المدرسية.
- ❖ مجلس المربين.
- ❖ مجلس الآباء والمعلمين.
- ❖ مجلس توجيه السلوك الطلابي وتقويمه.

- ❖ مجلس طلاب المدرسة والمكتب التنفيذي، ومجلس طلاب المرحلة (المجالس الطلابية).
- ❖ مجالس الصفوف.مع تنظيم اجتماعات هذه المجالس والإعداد لها مسبقاً وتسجيلها، ومتابعة تنفيذ قراراتها وتوصياتها.
- ❖ تنظيم المسابقات داخل المدرسة مثل (أوائل الطلبة، أسبوع النظافة والمسابقات الثقافية والأدبية والفنية، الخط العربي، الطالب المثالي، الصف المثالي... الخ) وكذلك تنظيم الاشتراك في المسابقات العامة التي تنظمها الوزارة وإدارة التربية الاجتماعية.

(١٢) الإشراف على تنظيم الحفلات المدرسية في المناسبات الدينية والوطنية بكافة أنواعها والإعداد المسبق لها.

(١٣) تنظيم الرحلات العلمية والترفيهية والإشراف عليها.

(١٤) تنظيم الزيارات العلمية والترفيهية والإشراف عليها.

(١٥) تنظيم مشروعات الخدمة العامة داخل المدرسة بالتعاون والتنسيق مع أجهزة المجتمع المختلفة مثل إدارة البيئة والبلديات.

(١٦) اقتراح وتنظيم برامج رعاية وتكريم الطلاب الموهوبين والمتفوقين (علميًا واجتماعيًا) مستخدمًا في ذلك الحوافز ولوحات الشرف وكافة الوسائل الإيجابية الأخرى.

(١٧) تنظيم إصدار نشرات ومطبوعات للتوعية الاجتماعية والتربوية والصحية والثقافية.

(١٨) تدعيم الصلة بين المدرسة والأسرة بجميع الوسائل الممكنة والتي من أهمها مجالس الآباء والمعلمين.

(١٩) الإشراف على الجانب الاجتماعي لجماعة النشاط التعاوني (لجنة البيع، لجنة النظام، لجنة الإعلام) .

(٢٠) إعداد مشروع بالمبالغ التي يتطلب صرفها من مخصصات المدرسة من أرباح المقصف.

(٢١) المشاركة في تنفيذ البحوث والدراسات التي تجريها الوزارة أو إدارة التربية الاجتماعية

(٢٢) القيام بإجراء بحث ميداني عن إحدى الظواهر الاجتماعية والتربوية الموجودة في محيط المدرسة، واستخراج النتائج ووضع التوصيات أو إعداد مشروع مبتكر أو حلقة بحث (سيمينار) وبشكل سنوي.

(٢٣) تنفيذ القرارات الوزارية والتعاميم والأوامر الإدارية المنظمة لأعمال التربية الاجتماعية.

(٢٤) التعاون مع إدارة المدرسة في إيجاد مناخ مناسب للعلاقات الإنسانية بين أعضاء أسرة المدرسة.

(٢٥) العمل على توطيد علاقة المدرسة بالمؤسسات المجتمعية الأخرى بالمجتمع المحلي مثل (البلدية، المراكز الصحية،الأندية الرياضية والثقافية، إدارة حماية البيئة).

(٢٦) إعداد التقارير الدورية والسنوية عن نشاط التربية الاجتماعية بالمدرسة وإرساله للإدارة في المواعيد المحددة.

(٢٧) تنظيم برامج التوجيه والإرشاد الجمعي التربوي للطلاب لتعريفهم بدور الأخصائي الاجتماعي والنظم المدرسية وأهمية النشاط المدرسي والاستذكار الجيد... الخ.

(٢٨) تقديم التوجيه والإرشاد في المواقف الفردية السريعة وتسجيلها موضحًا الإجراءات التي تم تنفيذها.

(٢٩) تقديم الرعاية المناسبة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وتوجيههم للمشاركة في الأنشطة المناسبة لقدراتهم بما يحقق توافقهم في المجتمع.

(٣٠) إعداد صندوق للمقترحات للتعرف على أراء الطلاب وتشكيل لجنة برئاسة مدير المدرسة وعضوية الوكيل والأخصائي الاجتماعي لدراسة المقترحات وتنفيذ المناسب منها.

(٣١) نشر الوعي بين الطلاب للاشتراك في الجماعات والأسر المدرسية (إذاعة، لوحات، نشرات، استبيان،...الخ.

(٣٢) العمل على استحداث وتكوين الجماعات المبتكرة التي تناسب الطلاب وتنمي مواهبهم.

(٣٣) تنظيم الندوات والمحاضرات التي تعمل على رفع مستوى الوعي الديني والثقافي والاجتماعي والعملي.

(٣٤) إعداد خطة لتبادل الزيارات الطلابية بين المدارس، ويحدد لها الأهداف وعدد المشاركين من الطلاب وهيئة الإشراف والموعد والبرنامج.

(٣٥) إعداد اللوحات الإرشادية والرسوم البيانية التي تعبر عن نشاط التربية الاجتماعية بالمدرسة.

(٣٦) توثيق الصلة والعلاقة والترابط بين المدرسة والمنزل بكافة الوسائل الممكنة وذلك لإمكانية التعارف بينهما وتدعيم العلاقة بين الطالب والمدرسة وذلك لاستمرارية التفاعل وما يعود بة من فوائد جمة.

(٣٧) معاونة المدرسة على أداء رسالتها في تربية الطلاب ورعاية الظروف الاجتماعية والانفعالية، ووقايتهم من أسباب الانحراف ومساعدتهم في التغلب على العقبات التي تعترضهم، والاهتمام بالتوعية والإرشاد التربوي باستخدام الندوات والمحاضرات.

(٣٨) مساعدة الطلاب على الوصول إلى أكبر قدر ممكن من الاعتماد على النفس والتعود على تحمل المسئولية ورفض التبعية وإبداء الرأي واحترام آراء الآخرين والتعاون والعمل والأمانة ومساعدة الآخرين من خلال المجالس المختلفة مثل مجالس الصفوف ومجالس الأنشطة والمجالس الطلابية.

(٣٩) معاونة الطالب في أن يتكيف مع البيئة المدرسية وتبصيره بنظام المدرسة ومساعدته على الاستفادة من البرامج المتاحة وإرشاده إلى أفضل سبل الاستذكار الجيد.

(٤٠) مساعدة الطلاب على التحرر من مشكلات التخلف الدراسي والعائد إلى أسباب ذاتية تضعف من مستوى الذكاء العام، أو العائد إلى أسباب مدرسية لعدم توافق المواد مع ميولهم وقدراتهم وإهمال واجباتهم المدرسية وما يترتب على ذلك من مشكلات انفعالية كالتهرب من الحصص والمشاغبة وعدم الاستقرار بالمدرسة.

(٤١) التعاون مع إدارة المدرسة في إيجاد مناخ جيد من العلاقات الإنسانية بين فريق العاملين بالمدرسة.

(٤٢) مساعدة الطلاب في حل مشكلاتهم الاجتماعية كحالات التخلف الصحي والاجتماعي والمستوى الاقتصادي، نظراً لما يترتب على هذه المشكلات من إيجاد مشكلات مدرسية كالغياب، والاعتداء على الغير والنفور من الجو المدرسي.

(٤٣) إعداد التقرير السنوي عن نشاط التربية الاجتماعية بالمدرسة وإرساله لإدارة التربية الاجتماعية في نهاية العام الدراسي.

(٤٤) رفع التقرير الخاص بالمشروع الاجتماعي وإرساله لموجة التربية الاجتماعية.

(٤٥) الاحتفاظ بالسجلات والملفات المنظمة لأعمال التربية الاجتماعية.

(٤٦) القيام بما يعهد إليه مدير المدرسة من أعمال إدارية مثل لجان السير في الاختبارات المدرسية، لجان التسجيل، الكنترول ... الخ.

والأخصائي الاجتماعي هو ذلك الشخص الذي يتصف بخصائص فردية ومهارات عملية وكفاءة علمية تؤهله للعمل في مختلف قطاعات وميادين الخدمة الاجتماعية وحتى يتمكن الأخصائي من أداء دوره بفاعلية لا بد من ان تتوفر فيه الخصائص التالية :

(١) الخصائص الشخصية: وهي تتمثل في تمتعه بقدر كاف من الصحة النفسية والقدرة على مواجهة المواقف الصعبة واتخاذ القرارات والمرونة في التعامل مع المواقف بما لا يؤثر على علاقاته المهنية وأن يكون لديه الاستعداد للمبادرة وتقبل جميع الناس بغض النظر عن الجنس واللون والعرق.

(٢) الخصائص العلمية والعملية: وتتمثل في أن الأخصائي هو شخص يتم تأهيله علمياً وعملياً في كليات ومارس متخصصة في الخدمة الاجتماعية ، يكتسب من خلالها المعلومات والمهارات اللازمة للممارسة عمله .

(٣) الخصائص المهنية: وتتمثل في مجموعة القيم والأخلاقيات المهنية التي يجب عليه أن يلتزم بها ومن أهمها :

- الإيمان بالإنسان والمجتمع وبحق الإنسان في عضوية المجتمع بغض النظر عن الجنس أو العمر أو الثقافة او المرض او العجز او الظروف الاقتصادية.
- إعطاء المسؤولية المهنية الأولوية على اهتماماته الشخصية.

- ☒ الإيمان بحرية الإنسان وحقه في ممارسة دوره الاجتماعي طالما ان ذلك لا يتعارض مع معايير وقواعد وانظمة المجتمع .
- ☒ الإيمان بحق الإنسان في المحافظة على أسراره الشخصية والأسرية وعدم إباحتها او الكشف عنها مهما كانت الظروف .
- ☒ احترام وتقدير آراء الآخرين ومعارفهم وخبراتهم والعمل على الاستفادة منها.
- ☒ تقدير المشكلات الاجتماعية للأفراد والمجتمعات والجماعات والأسباب التي تؤدي لها .

العناصر الأساسية في خطة عمل الأخصائي الاجتماعي :

اولاً : مجال العمل مع الحالات الفردية:

ويتضمن تناول حالات الطلاب السلوكية والاجتماعية والمدرسية والصحية والاقتصادية.. بهدف تهيئة ظروف ملائمة تساعدهم على التوافق الاجتماعي وتقبلهم للخبرة التعليمية ومواجهة كل ما يعترض تحقيق هذا الهدف من خلال برامج وقائية وتنموية وعلاجية.

ثانيًا : مجال العمل مع الجماعات :

ويتضمن تكوين الجماعات المدرسية المنوعة وإتاحة الفرص لإشراك أكبر عدد من الطلاب فيها والإشراف على الجماعات ذات الطابع الاجتماعي، والعمل على إيجاد نوع من التفاعل البناء بين أفراد الوسط المدرسي من خلال هذه الجماعات بما يكفل تنمية شخصية الطالب وتعديل سلوكه من ناحية، وبما يساعد على ربط المدرسة بالبيئة المحيطة بها من ناحية أخرى.

ثالثًا : مجال العمل مع المجتمع :

ويتناول العمل مع التنظيمات المدرسية لمساعدتها على تحقيق اهدافها المرجوة بما يساعد على ربط الطلاب بالمدرسة والمجتمع المحلي، وإيجاد صلات قوية بين الطلاب وبيئتهم،

وإتاحة الفرص لهم لمواجهة المواقف الحقيقية في الحياة العامة التي تصقل شخصياتهم وتسهم في تنشئتهم وإعدادهم بما يعود على المجتمع بالرفاهية المرجوة.وينبغي مراعاة أن العمل الاجتماعي بالمدرسة في المجالات الثلاثة السابقة يتطلب القيام ببعض الدراسات والبحوث للتعرف على الواقع والاحتياجات الفعلية، كما يتطلب التخطيط الاستراتيجي والمتابعة وعمليات تنظيمية وإدارية.

أهداف الخدمة الاجتماعية المدرسية :

إذا كانت المدرسة كمؤسسة تربوية تستهدف تحقيق عمليتين هما التعليم و التنشئة الاجتماعية فان هدف الخدمة الاجتماعية أو إستراتيجيتها هو معاونة المدرسة على تحقيق هذين الهدفين و على ذلك يمكن القول أن الخدمة الاجتماعية المدرسية تهدف إلى تحقيق ما يلي :

(١) مساعدة الطلاب على تحصيل دروسهم و الوصول إلى أقصى استفادة من التعليم.

(٢) مساعدة الطلاب على النمو و التغيير و الوصول إلى أكبر قدر ممكن من الاعتماد على النفس.

(٣) تكوين علاقات اجتماعية سليمة بين الطلاب بعضهم و بعض و بين العاملين بالمدرسة.



(٤) مساعدة الطلاب على نبذ القيم و الاتجاهات الضارة و تدعيم القيم و الاتجاهات السائدة المفيدة و اكتسابهم القيم الجديدة البناءة التي يتطلبها بناء مجتمعهم.

(٥) مساعدة المدرسة على نشر خدماتها في المنطقة التي توجد بها لكي تعتبر مركزًا إشعاعيًا بيئيًا و لن يتحقق ذلك إلا إذا أفادت المدرسة و المنطقة التي توجد فيها بإمكانياتها.

(٦) مساعدة المجتمع الذي توجد به المدرسة على تدعيمها وإفادتها بما يتوفر لدى ذلك المجتمع من إمكانيات.

(٧) العمل على إيجاد ترابط و تفاهم قوي بين المنزل و المدرسة أي بين الآباء الذين يشتركون في تنشئة الطلاب اجتماعيًا و المدرسين الذين يقومون بتعليم هؤلاء الطلاب.

و على ذلك يمكن القول أن الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي تعمل على تحقيق هدفين رئيسيين :

أولهما: تنشئة المتعلم تنشئة اجتماعية سليمة وهي عملية التطبيع الاجتماعي أو بناء الشخصية الإنسانية التي يتحول خلالها الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي و يسهم بدوره في التأثير على ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه و تتضمن عمليات التنشئة الاجتماعية للمتعلم مساعدته على مواجهة مشكلاته و تزويده بالإمكانيات التي تجعله أكثر قدرة على الإسهام في نمو مجتمعه

ثانيهما: تمكين المتعلم و المدرسة من زيادة الإنتاج و الإسهام في التنمية و لا نعني بالإنتاج مجرد إنتاج مادي فحسب و إنما نعني به أيضا قدرته على التحصيل الدراسي فالطالب الذي تهيأ له خدمات اجتماعية مناسبة تقابل مشكلاته و احتياجاته يصبح أكثر قدرة على التحصيل الدراسي أو بمعنى آخر أكثر إنتاجًا والإنتاج بالنسبة للمدرسة يعني قدرتها على أداء وظائفها بصورة مؤثرة على المتعلم و مجتمعه

إن خدمة الجماعة تسعي إلى تحقيق الأهداف الآتية في المجال المدرسي :

(١) مساعدة التلاميذ على النضج وتنمية شخصياتهم ومقابلة حاجاتهم إلى أقصى حد ممكن، كذلك تنمية قدراتهم على الاشتراك في جماعات، وبذلك تتاح الفرصة لهم بالتزود بالخبرات الجماعية التي يحتاجها التلاميذ وتزيد قدرتهم على التكيف الاجتماعي، كما ينمو الوعي الاجتماعي بينهم ويشعرون بالمسئولية الاجتماعية.

(٢) غرس القيم الاجتماعية كالعدل والصدق والأمانة ومراعاة آداب السلوك القواعد العامة والقوانين في التلاميذ ليتكيفوا مع المجتمع الذي يعيشون فيه، ويتعلم

التلاميذ ذلك ويمتصونه من خلال الممارسة الفعلية لهذه الفضائل اثناء حياتهم الجماعية ومساعدة الأخصائي الاجتماعي المدرسي، والذي يجب ان يكون القدوة الصالحة والمثل الأعلى لهم.

(٣) إتاحة الفرصة للتلاميذ لاكتساب المهارات التي تزيد من قدراتهم الإنتاجية وتنمية قدراتهم الابتكارية من خلال مشاركتهم في الأنشطة الحرة التي تمارسها الجماعات المدرسية.

(٤) مساعدة التلاميذ كأفراد وكجماعات مدرسية على تعديل وتغيير اتجاهاتها وذلك من خلال ما تملكه الجماعات من القدرة وقوة الضبط التي تمارسها على أعضائها.

(٥) تنمية قدرة التلاميذ على القيادة والتبعية، اي ان يكون التلميذ قادرًا وراضيًا غاية الرضا على أن يكون قائدًا لغيره في بعض المواقف وتابعًا في مواقف أخرى. إذ ليس من المتوقع ان يكون جميع أعضاء الجماعة قادة أو جميعهم تابعون بل التلميذ في الجماعة يمكن ان يكون قائدًا في موقف وتابعًا لغيره في موقف آخر، ونظرًا لأن القيادة تتطلب مهارات وصفات معينة حتى يستطيع التلميذ ان يقوم بهذا الدور لذلك فإن خدمة الجماعات مجالاً خصبًا لتدريب التلاميذ على القيادة والتبعية في أثناء ممارستهم للألوان المتعددة من النشاط ومساعدة الأخصائي الاجتماعي لهم.

(٦) مساعدة التلاميذ على احترام الفروق الفردية والتخلي عن صفتي التحيز والتحامل واحترام الأفراد والجماعات بغض النظر عن اللون والجنس، وخدمة الجماعة تتيح الفرصة للأعضاء لغرس هذه الصفة، فأعضاء الجماعة يختلفون عن بعضهم البعض في القدرات الجسمية والعقلية، ويختلفون كذلك في طرق التفكير، لذلك تحرص على مراعاة هذه الفروق الفردية سواء عند تحمل المسئوليات او المشاركة في انشطة الجماعة.

(٧) مساعدة التلاميذ من خلال الجماعات على الحياة الديمقراطية، هذا الأسلوب او نمط الحياة لا يمكن اكتسابه من خلال ما يكتب أو ما يقرأ ولكن الأسلوب الأمثل لاكتسابه هو عن طريق الممارسة الفعلية التي تتيحها خدمة الجماعة لأعضائها،

سواء من خلال المناقشات او من خلال الرأي والرأي الآخر أو من خلال اتخاذ القرار في الجماعة.

وقد حددت وزارة التربية والتعليم المصرية(١١ – ١٢) أهداف الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي، على النحو التالي:

(١) اكتساب الطلاب مجموعة من الاتجاهات والمهارات والمعارف التي تتمثل في :

أ- اكتساب الطلاب مجموعة من الاتجاهات الصالحة والتي من بينها :- الإيمان بالنبي ورسله والاعتزاز بالقيم الدينية التي تؤمن سلوكه – الانتماء للمجتمع المحلي والقومي والإنساني – الإيمان بالأهداف المشتركة– تنمية روح التعاون مع الآخرين والعمل بروح الفريق – القدرة على القيادة والتبعية – القدرة على تحمل المسئولية – احترام النظام وتقدير قيمة الوقت والعمل – التفكير الواقعي السليم – القدرة على مواجهة المشكلات.

ب- اكتساب الطالب بعض المهارات اليدوية والفنية والفكرية.

جـ- مساعدة الطالب على أن يتوفر لديه قدر مناسب من المعلومات والمعارف التي تعينه على فهم نفسه ومعرفة مجتمعه.

(٢) الارتباط بالخطة القومية للتنمية.

(٣) شمول الدعاية للقاعدة الطلابية العريضة مع التركيز على الفئات الأكثر احتياجًا .

(٤) الإسهام في تنمية إيجابية الطالب للاستفادة من العملية التعليمية.

(٥) ربط المدرسة بالبيئة وبقضايا المجتمع.

وفي الوقت الحالي يتحدد هدف الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي في تحسين جودة الأداء المدرسي من خلال :

أ- تحسين جودة أداء المدرسة.

ب- تحسين جودة أداء المعلمين.

جـ- تحسين جودة أداء الطلاب.

د- تحسين جودة المشاركة المجتمعية في تدعيم العملية التعليمية.

أهداف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة:

يهدف الأخصائي الاجتماعي خلال عمله مع المعوقين كأفراد إلى مساعدتهم على مواجهة المشكلات الاجتماعية التي يمكن ان تنشأ عن حالة العجز . ومن ابرز المشكلات الاجتماعية التي قد تواجه الأفراد المعوقين كما حددها غباري (٢٠٠٣) هي:

(١) مشكلات ضعف أو تفكك شبكة العلاقات الاجتماعية ما بين المعوق وبين من يتعاملون معه كأفراد أسرته أو اقرانه.

(٢) مشكلات تتعلق باهتزاز أو انهيار مكانته الاجتماعية.

(٣) مشكلات تتعلق باختلال قدرة المعوق على القيام بالأدوار الاجتماعية داخل أسرته أو خارجها.

(٤) مشكلات تتعلق بضعف شعور المعوق بالانتماء للجماعات التي يتعامل معها في حياته اليومية وما قد ينتج عنها من انعزال أو الشعور بالدونية أو الانطواء أو الشعور المعادي للمجتمع.

(٥) مشكلات تتعلق بعدم التوافق الاجتماعي والنفسي.

وتختلف حدة هذه المشكلات تبعاً لنوع الإعاقة وشدته وعمر المعاق والبيئة الاجتماعية التي يعيش في ظلها كما وتختلف اساليب التعامل مع هذه المشكلات فقد يستخدم الأخصائي اساليب مباشرة تركز على شخصية المعوق وذلك باستخدام أساليب علاجية أو تصحيحية أو تثقيفية أو بالتركيز على بيئة الفرد المعوق الاجتماعية او الاقتصادية أو المادية وقد يستخدم الأخصائي أساليب غير مباشرة في التعامل مع هذه المشكلات من خلال أساليب غير مباشرة في التعامل مع هذه المشكلات من خلال أساليب خدمة الجماعة أو خدم المجتمع .

إن للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة أهدافاً لا تختلف في مضمونها وشكلها عن أهداف المجالات الأخرى التي تقدم خدمتها لهذه الفئات http://erada.kenanaonline.com/topics/58042/posts/95830

أولاً : الهدف العلاجي:

الذي يسعي إلى مساعدة الأفراد والجماعات على تحديد مشكلاتهم وحلها أو على الأقل خفض حدتها، تلك المشكلات التي تنجم عن خلل في التوازن بينهم وبين المحيط

الاجتماعي مثلاً ، تهيئة المؤسسات من خلال توفير الفرص التعليمية والمهنية والبرامج التأهيلية، إضافة إلى توفير الطرق والمواصلات، بما يناسب احتياجات المعوقين لتقدم لهم افضل الخدمات. و مساعدتهم على الاستفادة من قدراتهم وإمكاناتهم، ومواهبهم بما يخدم الخطة العلاجية لهم ولفتح قنوات الاتصال والتواصل مع بيئتهم لإعادة التوازن ولتحقيق القبول الاجتماعي لهم بالدرجة الأولى.

وكلما تم اكتشاف مثل هذه المشكلات الفردية مبكرًا كلما كان هناك سهولة في علاجها، والأخصائي الاجتماعي يتعاون مع المدرسين وكل العاملين في المدرسة على اكتشاف هذه المشكلات قبل تعقدها، وعندما يضع الخطة العلاجية المناسبة لهذه المشكلات فإنه يستعين بهم في تنفيذها حتى يكون لهم أدوار مؤثرة فيها. والأخصائي الاجتماعي الماهر هو الذي يستطيع أن يدعم علاقاته مع المدرسين والنظار وكل العاملين بالمدرسة حتى يتعاونون معه بحماس في علاج هذه المشكلات.

ثانيًا : الهدف الوقائي:

الذي يسعي إلى تحديد الوضع الذي قد ينجم عنه خلل في التوازن بين الأفراد والجماعات من جهة ومحيطهم الاجتماعي من جهة أخرى، ومحاولة منع حدوث هذا الخلل في التوازن.مثلاً ، اكتشاف العجز المبكر لحالات الإعاقة والتدخل المبكر لها.



والأخصائي الاجتماعي الماهر هو الذي يكتشف الحالات المعرضة للمشكلات من خلال تفاعله مع التلاميذ في المدرسة وعن طريق الأنشطة والبرامج المختلفة التي يعدها لهم ويشترك

معهم في ممارستها فيتقربون منه ويثقون فيه ويكونون معه العلاقات القوية التي تشجعهم على التحدث معه والتعبير عن مشاعرهم بحرية وانطلاق دون خوف أو خجل وعندئذ يصل الأخصائي الاجتماعي لأسباب المشكلات الفردية ويقوم بحمايتهم منها، واكتشاف مثل هذه الحالات ليس بالعملية السهلة ولكنها تتطلب جهداً وإعداداً فنيًا للأخصائي الاجتماعي لأن مثل هذه الحالات لن تحول إليه ولن يدله أحد عليها بل سيقوم هو بنفسه باكتشافها والتقاطها من خلال الأنشطة الحرة التي يتفاعل فيها التلاميذ ويظهرون على طبيعتهم دون تكلف أو خداع.

ثالثًا: الهدف الإنمائي:

بمعني البحث عن الطاقات القصوى عند الأفراد والجماعات والمجتمعات، بهدف تنشيط هذه الطاقات وتعزيزها. مثلاً، الاستفادة من قدرات المعوقين وتوظيفها في مكانها المناسب وتوفير فرص العمل لهم بهدف إشراكهم في عملية التنمية الاقتصادية في وطنهم.

ان الأخصائي الاجتماعي المدرسي عندما يخطط لبعض الأنشطة والبرامج لتلاميذ المرحلة الابتدائية فإنه يراعي مناسبتها لأعمارهم وقدراتهم وعندئذ يستطيع من خلالها الإنماء والإنشاء، فهو ينمي شخصياتهم حتى يتمكنوا من اداء وظائفهم الاجتماعية وينمي وينشئ الاتجاهات الصالحة التي تساعدهم على التوافق في مجتمعهم الداخلي والخارجي، وينمي القيم الأخلاقية والاجتماعية والدينية ويكسب الخبرات ويستثمر المهارات التي تؤدي لإنماء الشخصية الذي هو هدف الخدمة الاجتماعية سواء على مستوى الفرد أو الجماعة أو المجتمع.

استناداً إلى هذه الأهداف، و لكي يتمكن الأخصائي الاجتماعي المدرسي من تحقيق أهداف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين لا بدّ من ان تتكامل الاختصاصات المنوعة ضمن فريق عمل مختص ويتكون هذا الفريق من: معالج طبيعي، أخصائي علاج النطق والكلام، والطبيب المختص. كما أن للأخصائي الصحي الاجتماعي أدوار متعددة في ميدان رعاية ذوي الإعاقات، ومنها دوره في عملية دمج الطفل ذو الإعاقة في المدرسة العادية.

أدوار الأخصائي الاجتماعي المدرسي في تفعيل عملية الدمج:

يستخدم الأخصائي الاجتماعي المدرسي في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة كافة أساليب التدخل الاجتماعي مع الفرد والأسرة، والجماعة والمجتمع المحلي، وهو عبارة عن تقنيات علمية مثل: دراسة الحالة، ودراسة التاريخ الاجتماعي للفرد والأسرة، والمقابلة، للوصول إلى حل المشكلات التي تواجه الطالب ذو الإعاقة على الأصعدة الشخصية والأسرية والمجتمعية. ويمكننا حصر دوره في عملية الدمج في ضوء ما قدمه كل من على (٢٠٠٢): سليمان (٢٠٠٤): صادق (٢٠٠٥) : مصطفى (٢٠٠٥): فهمي، (٢٠٠٧)من خلال المحاور التالية:

المحور الأول: دوره مع الإدارة

(١) إن للإدارة المدرسية دور كبير في تقبل فكرة استقبال الأطفال ذوي الإعاقات واقتناعهم بمفهوم الدمج، خاصة أن هذه العملية تحتاج إلى متطلبات وإمكانيات خاصة لتوفير عناصر نجاحها مثل غرفة مصادر، وسائل إيضاحية تتعلق بحالة الطفل ذو الإعاقة وتجهيزات هندسية محددة للمبنى المدرسي.كما أن للإدارة دور في تحضير المعلمين للتعامل مع هؤلاء الأطفال داخل الصف. لذلك يقوم الأخصائي الاجتماعي المدرسي بالتعرف على إمكانيات الإدارة، من حيث مدى استعدادها لمتابعة هذه العملية ومدى توفيرها لفرص إنجاحها، مما يحتّم عليه أن يبني معها علاقة ثقة وتعاون لمواجهة الصعوبات التي ستتعرض لها في عملية دمج الأطفال ذوي الإعاقات.

(٢) يساعد الإدارة ويعرّفها بمتطلبات الدمج، عبر التعاون والتنسيق مع الجهات المعنية من مؤسسات اجتماعية تأهيلية، مؤسسات تمويلية، ووزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية.. وغير ذلك.

(٣) ان يتعرف على الأطفال ذوي الإعاقات لتحديد احتياجاتهم والاضطرابات التي يعانون منها تبعًا لحالتهم (بسيطة او متوسطة) بالتعاون مع طبيبه المختص، وأهل الطفل و الفريق الطبي الذي يقوم بمعالجته - إذا دعت الحاجة- . وذلك كله لمناقشة حالته مع الإدارة و الهيئة التعليمية لوضع برنامج ملائم لتطوير قدراته والتمكن من تعليمه.

ثانيًا : دوره مع الهيئة التعليمية :

(١) يقع على الهيئة التعليمية عبء كبير في العملية التعليمية، لذلك على الأخصائي الاجتماعي المدرسي أن يقدّم لها الدعم، لذلك يتوجب عليه أن:

(٢) يتعرف على الهيئة التعليمية و على قدرتها و مدى قبولها للطفل ذي الإعاقة داخل الصف، ويحدد مدى معلوماتها عن موضوع الدمج من خلال المقابلات الجماعية والمناقشات.

(٣) يعدّ دورة تحضيرية لتزويد المعلمين، بمعلومات حول الأطفال ذوي الإعاقات، أنواعها، و الصعوبات التي يعاني منها الأطفال، والتدريبات اللازمة لوصوله إلى الاستقلالية في المدرسة،والتكيّف مع نفسه ورفاقه، أي الدمج وأهميته و فوائده و انعكاسه على حياة الطفل النفسية و الاجتماعية.

(٤) يركز على دور الهيئة التعليمية في عملية متابعة حالة الطفل ذي الإعاقة ومنحه الوقت الكافي أو ضرورة اللجوء إلى استشارته لحل المشكلات الطارئة بالتعاون مع أهل الطفل ذي الإعاقة و الإدارة والفريق الطبي.

(٥) يوجه عبر إرشاداته و نصائحه الهيئة التعليمية حول كيفية التعامل مع الطفل ذي الإعاقة في المدرسة، باعتباره فرداً بحاجة إلى دعم مثل الأطفال الآخرين. فالهدف هو التركيز على ما يستطيع الطفل ذي الإعاقة القيام به، أكثر من التركيز على الإعاقة نفسها.

(٦) يتابع الهيئة التعليمية ويبني علاقة ثقة وتعاون واحترام معهم، كونه أحد أفراد الفريق التعليمي ليتمكن من القيام بدوره ولتدعيم مواقفهم واتجاهاتهم تجاه الطفل ذي الإعاقة.

ثالثًا : دوره مع الطفل المعوّق:

(١) يتعرف على الوضع الصحي للطفل ذي الإعاقة ولاسيما الأسباب التي أدت إلى الإعاقة، أعراضها وآثارها، كما يتعرف على مدى إمكانية التأهيل عند الطفل وقدرته

على الدمج في المدرسة العادية بالتعاون مع الأهل، والطبيب المختص وفريق العمل المؤلف من معالج طبيعي، وتأهيل نطق، ومعالج وظيفي.

(٢) يتعرف على وضع الطفل ذي الإعاقة في الأسرة، حالته النفسية الاجتماعية، أحوال الأسرة الاقتصادية، كل ذلك لوضعه في الاعتبار في عملية الدمج.

(٣) يحضّر الطفل ذي الإعاقة للدخول إلى المدرسة، مثلاً : من خلال مشاهدة فيلم يروي قصة طف آخر ذو الإعاقة دخل إلى المدرسة وتابع دراسته بنجاح مع أطفال عاديين، ويعرّف الفيلم عن شكل المدرسة وكيفية التنقل فيها.

(٤) يقوم بدعوة الأهل في بداية العام الدراسي باصطحاب طفلهم ذي الإعاقة لزيارة المدرسة بهدف التعرف على الصف والمعلمات والاختلاط مع الأطفال العاديين في الملعب لتكوين تصوّر إيجابي عن وضعه حين يدخل إلى المدرسة.

(٥) يعطي الطفل ذو الإعاقة معلومات عن الصعوبات التي ستواجهه خلال العام الدراسي، مثلاً ، عدم قدرته على الحركة والتنقل بالشكل الطبيعي، وبأنه مختلف عن الأطفال العاديين، وأنه بحاجة إلى رعاية خاصة ومتابعة خارج المدرسة والتأكيد على إمكانية تقدمه واستمراره إذا أراد ذلك.

(٦) يدرب المعّوق على السلوك الاجتماعي اللائق والمقبول بالتنسيق مع المعلمة ومع الأهل لمساعدته على التكيف في المدرسة بوجه خاص وفي الحياة الاجتماعية بوجه عام.

(٧) يعتمد أسلوب المناقشة والجلسات الجماعية، والنشاطات الهادفة مع الطفل ذو الإعاقة وذلك لدعمه ولتعزيزه ثقته بنفسه ولتغيير اتجاهاته السلبية وتوظيفها إيجابيا، والتي تساعده على تغيير موقفه من الإعاقة وصولاً به إلى مبدأ التقبل والتكيّف.

رابعًا: دوره مع الأطفال العاديين:

(١) يستخدم بالتعاون مع الهيئة التعليمية، مختلف الوسائل الإيضاحية لتهيئة الأطفال العاديين لاستقبال الأطفال ذوي الإعاقات داخل الصف، مثال على ذلك، مشاهدة فيلم عن حياة طفل معوّق، توزيع كتب رسم وتلوين عن موضوع الإعاقة، ورواية

قصص مصوّرة، واعتماد الحوار والمناقشة والتعبير الخطي من قبل الأطفال لمعرفة نظرتهم نحو الطفل المعوّق.

(٢) يشجع الأطفال العاديين على دعم الطفل ذي الإعاقة نفسيًا واجتماعيًا من خلال التحدث معه ومساعدته لتخطي الصعوبات التعليمية واللعب معه وزيارته في المنزل وبناء علاقة طبيعية سليمة معه.



(٣) يضع برنامج زيارات إلى المؤسسات الاجتماعية لاصطحاب تلاميذ المدرسة إليها بهدف تقبل وجود طفل ذي الإعاقة في المدرسة، وللتعرف على نمط حياة الطفل ذي الإعاقة والصعوبات التي يعاني منها،وأهمية احترامه، وتقديم يد العون له.

خامسًا: دوره مع أسر الأطفال ذوي الإعاقات:

تعاني أسر المعوقين من مجموعة من الضغوط النفسية و الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على درجة تقبل الأسرة لطفلها المعاق وتوفير متطلبات التنشئة الاجتماعية المناسبة له وعلى مساهمتها الفعالة في إ نجاح برنامج التأهيل .

وتعتبر الأسرة عامل أساسي ومهم جداً في نجاح اي برنامج تأهيلي ، لذا فلا بد من مساعدة الأسرة في أن تلعب هذا الدور المهم وذلك من خلال القيام بالعمليات التالية :

(١) مساعدة الأسرة على تفهم وتقبل إعاقة الطفل من خلال استخدام أساليب خاصة للتخفيف من صدمة الإعاقة وما يليها من ردود فعل

(٢) تعريف الأسرة وتزويدها بالمعلومات الضرورية حول الإعاقة وأسبابها واحتياجات الطفل المعاق وأساليب تلبيتها

(٣) تعريف الأسرة بمصادر الخدمات المتوفرة في المجتمع في مجال تأهيل المعوقين ومساعدتها على الوصول إلى هذه المصادر

(٤) مساعدة الأسرة على بناء توقعات موضوعية وإيجابية عن مستقبل طفلها وتبني ادوار تشاركية مع مؤسسات التأهيل في تطبيق برنامج الطفل التأهيلي .

(٥) تعريف الأسرة بالقوانين والتشريعات التي تكفل حقوق المعوقين ومساعدتها على المطالبة بهذه الحقوق

(٦) تشجيع الأسرة على المساهمة والانخراط في الأنشطة والتنظيمات الاجتماعية والمجتمعة التي تهدف إلى خدمة المعوقين وتلبية احتياجاتهم

(٧) المساهمة في رسم البرامج التوعوية والتثقيفية والتدريبية الموجهة نحو اسر المعوقين

(٨) إن التأهيل الاجتماعي الموجه نحو أسر المعوقين يجب أن يركز على الأدوار الرئيسية التي يمكن لأسر المعوقين القيام بها باعتبارها احد أهم الأنظمة التي تمارس أدواراً فعالة ومهمة في مجال تأهيل المعاقين وتنشئتهم تنشئة اجتماعية سليمة .

سادساً: دوره مع أهل الأطفال العاديين:

(١) يقوم بالتنسيق مع الإدارة حول عقد سلسلة من اللقاءات الموجهة لكافة أهالي أطفال المدرسة حول موضوع دمج الأطفال ذوي الإعاقات.

(٢) يشكل لجنة دعم من أهل الأطفال العاديين و إبراز دورهم في مساندة وجود الأطفال ذوي الإعاقات في المدرسة.

سابعاً: دوره مع العاملين في المدرسة:

(١) يُعلم كل الموظفين والعاملين في المدرسة بالتعاون مع الإدارة باستقبال الأطفال ذوي الإعاقات في المدرسة، وبضرورة حسن معاملتهم ومساعدتهم وفق إمكانياتهم، وتقديم ملاحظاتهم أو اقتراحاتهم للعامل الصحي الاجتماعي.

(٢) يزوّد العاملين في المدرسة بالمعلومات حول الإعاقة والدمج وفق الحاجة.

ثامنًا: دور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع المجتمع المحلي :

إن دور الأخصائي الاجتماعي ضمن خطة التأهيل الاجتماعي لا يجب أن تقتصر فقط على الفرد المعاق أو على الأسرة ، بل يجب أن تمتد لتشمل العمل مع المجتمع المحلي . ويركز دور الأخصائي الاجتماعي على تسهيل مهمة اندماج المعوق وأسرته في المجتمع المحلي وما يتطلبه ذلك من عمليات إعداد للمجتمع المحلي لإنجاح عملية الاندماج التي من أهمها:

(١) العمل على توفير اتجاهات اجتماعية إيجابية لدى أفراد المجتمع المحلي والمؤسسات العاملة فيه لتقبل المعاق وإتاحة الفرصة له ليكون عنصراً فاعلاً فيه وليس عالة عليه .

(٢) العمل على دعم الجهود التطوعية للجماعات والجمعيات الأهلية لتقديم كافة الخدمات والتسهيلات المطلوبة لتأهيل المعوقين وإدماجهم في الحياة العامة في كافة المجالات وتأمين فرصة متكافئة لهم للاستفادة من الخدمات المتوفرة (الصحية والاجتماعية والتعليمية والمهنية والترويحية) على قدم المساواة مع باقي أفراد المجتمع .

(٣) العمل على تثقيف المجتمع المحلي ونشر الوعي الاجتماعي والصحي في كل ما يتعلق بحالات الإعاقة وسبل الوقاية منها.

(٤) المساعدة على تشكيل الجمعيات الأهلية وجماعات دعم المعوقين وأسرهم.

(٥) العمل على توفير فرص تشغيل المعوقين في المجتمع المحلي .

(٦) القيام بالدراسات والبحوث الاجتماعية التي تسهم في تطوير مستوى الخدمات وتحسينها.

معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي :

يشير مفهوم المعوقات إلى العوامل التي تحول دون تحقيق الأهداف المهنية للممارسة داخل النسق المدرسي، وهذه العوامل تتسم بالتعدد ويمكننا أن نشير غلي أهمها على النحو التالي (مصطفي: ١٤٩- ١٥٢)

(١) قصور الإمكانيات المادية والفنية :

حيث قد لا تسمح إمكانيات المدرسة بوجود غرفة خاصة مستقلة تخصص للأخصائي الاجتماعي المدرسي وقد توجد الغرفة ولكن بدون توفير التجهيزات اللازمة : مكاتب، مناضد،

مقاعد دواليب إلى غير ذلك وقد لا تتمكن المدرسة من توفير كافة مستلزمات بعض جماعات النشاط وفي بعض الأحيان تكون قلة الموارد والإمكانيات المحدد الرئيسي لعدم تمكنه من اداء دوره المهني، غير انه في أحيان أخرى يمكن تدارك الأمر والتحايل على ضعف الموارد والإمكانيات.

(٢) الموقف السلبي لبعض مديرين المدارس ونظارها :

حيث نجد بعض مديرين ونظار المدارس ما زالوا يعتقدون أن الطريقة المثلي للتعليم هي التلقين ومن هنا فإن وجود الأخصائي الاجتماعي المدرسي لا مبرر له، وقد يعترض بعضهم ان جماعات النشاط ليست إلا إهدار الوقت وطاقة الطلبة فيما لا يفيد وتعطيلهم عن التحصيل الدراسي. وهناك بعض المديرين والنظار الذين يعمدون إلى استخدام الأخصائي الاجتماعي لسد النقص في مدرسي بعض المواد.

(٣) الموقف السلبي لبعض المدرسين :

وهنا تتكرر نفس المواقف الناجمة عن سوء فهم طبيعة العملية التعليمية وطبيعة التربية وطبيعة دور الأخصائي الاجتماعي داخل المدرسة، ومن ثم تشيع نفس الاتهامات والتصورات الخاطئة كذلك فإن المدرسين قد يشعرون بنوع من الغيرة تجاه الأخصائي الاجتماعي فهو غير مقيد بجدول حصص، وليس له دور تعليمي محدد وقد تتولد مشاعر سلبية تجاه الأخصائي الاجتماعي بسبب هذا الفهم الخاطئ.

(٤) ضيق وقت الطالب وضعف فرص ممارسة الأنشطة :

حيث لا تعرف مدارسنا حاليًا نظام اليوم المدرسي الكامل وفترة الراحة (الفسحة) لا تزيد مدتها عن ربع ساعة مما يجعلها لا تسمح بممارسة اي نشاط.

كذلك فإن سباق المجاميع وحب التفوق، جعلت الطلاب يسرعون بترك المدرسة عقب انتهاء اليوم الدراسي، هذا إذا لم تكن هناك فترة ثانية مسائية تجبرهم على ذلك اضف إلى

ذلك أن انشغال المدرسين بحصصهم الأصلية والإضافية والدروس الخصوصية يجعلهم غير قادرين على زيادة جماعات النشاط التي تدخل في نطاق اختصاصاتهم وإذا أصرت إدارة المدرسة على أن تسند إلى أحدهم جماعات النشاط فإن يضطر إلى أن يكون رائداً شكلياً لا يحضر مع أعضاء الجماعة إلا دقائق ولا يجد الوقت الكافي ليعلمهم الهواية أو يكسبهم أو يدربهم على النشاط.

(٥) عدم الاهتمام بتقويم الخدمات الفردية :

فمن الملاحظ أن بعض الأخصائيين الاجتماعيين يبذلون جهداً كبيراً في عملهم مع بعض الحالات الفردية غير أنه لا يتم تقدير هذا الجهد كذلك قد لا تسمح الظروف لإدارة التربية الاجتماعية التابعة لها المدرسة بأن تناقش هذا الأخصائي فيما عمله، أو توجهه مهنياً على أساس مدى اقترابه أو ابتعاده عن السلوك المهني السليم.

(٦) قصور إمكانيات المنظمات الخارجية وثيقة الصلة:

فالعيادات النفسية تعاني من قصور في الإمكانيات والتجهيزات مما يجعلها عاجزة عن تقديم الخدمة بالمستوى المطلوب كذلك فإن مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية تفتقد الدعم الفني والخبرات اللازمة للعمل أما مكاتب الضمان الاجتماعي فخدماتها هزيلة وتتطلب إجراءات مرهقة.

(٧) الخدمات الاجتماعية المدرسية تتم في مؤسسة مضيفة:

من المعلوم أن المؤسسات التي تستضيف مهنة الخدمة الاجتماعية كالمستشفيات والمصانع والمدارس وغيرها يكون وضع الأخصائي الاجتماعي فيها محكوماً بمدى فهم القيادات المسئولة عن هذه المؤسسات لدور وأهداف المهنة ولمسئوليات وأعمال الأخصائي الاجتماعي وتتضح هذه الصورة عندما تقارن هذا الوضع بما يحدث في المنظمات التي تكون قياداتها المسئولة من الأخصائيين الاجتماعيين ولعل هذا الموقف الخاص بالمؤسسات المضيفة يوجد العديد من المشكلات والمضايقات.

(٨) استسلام بعض الأخصائيين لداء أدوار متواضعة وغير مهنية :

قد يواجه الأخصائي موقف إسناد أعمال متواضعة وغير مهنية ولا تتفق مع تخصصه آلية وقد يرفض بطريقة مهنية مؤكداً أن المطلوب منه هذا ليس دورة المهني وانه امضى اربعة سنوات بالتعليم العالي ليتخصص في اداء خدمات اجتماعية على أساس علمي ومهني ل ان يلف بهذه الأعمال وبعد عدة محاولات من جانب هذا الأخصائي الاجتماعي ومع عدم الاستجابة من المسئولين في المنظمة قد يستسلم لأداء هذه الأعمال غير المهنية أو الإدارية البحتة أو المتواضعة وفي مثل هذه الحالات وبعد العديد من المحاولات يشعر انه أراح ضميره وفعل كل ما يستطيع.

(٩) جمود بعض الأخصائيين وتمسكهم بالأساليب العلاجية :

فقد مضى ذلك الوقت الذي كانت المهنة فيه تركز على المدخل العلاجي وعلي الخدمات الفردية غير المهنية وإنما أضافت الكثير لهذا النمط التقليدي من الخدمات وما زال يستهوي البعض من الأخصائيين هذا التمسك بالقديم والتقليدي وعدم الميل لتحديد المعرفة والاطلاع والتثقيف الذاتي وعندما تقارن أنفسنا بمهنة الطب مثلاً نجد ان الأطباء يميلون بطبيعتهم إلى تجديد معرفتهم والاطلاع والتثقيف الذاتي كذلك هناك برنامج " التعليم المستمر " الذي يتم برعاية نقابة الأطباء مما يجعل كل طبيب على دراية بكل ما يستجد في مهنة الطب داخل مصر وخارج مصر هذا بينما نحن في مهنة الخدمة الاجتماعية تسير بخطى السلحفاة وتتمسك بالتقديم التقليدي بسبب بسيط هو أن هذا ما نعرفه وليس هناك شيئًا اخر غيره.

بناء على التوصيات التي توصلت إليها نتائج دراسة طاهر، صالح (٢٠٠٥) بعض تفيد المهتمين والمختصين في تطوير العمل المهني للأخصائيين الاجتماعيين في مجال المعوقين وتتمثل في الأتي:-

❖ العمل على تكوين اتجاهات ايجابية لدى المعوقين بصفة عامة نحو العاملين معهم في مؤسسات الرعاية الاجتماعية سواء أكانوا اخصائيين اجتماعيين أو نفسيين أو

إداريين أو غيرهم داخل هذه المؤسسات عن طريق الندوات والدورات ووسائل الأعلام التي توضح أهمية الدور الذي يلعبه العاملون في مجال المعوقين.

- العمل على نشر الوعي بين المعوقين ودور الخدمة الاجتماعية والتأهيل المهني الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في حياتهم وتكيفهم واندماجهم في المجتمع وذلك بعمل كتيب خاص في مؤسسات الرعاية توضح طبيعة ودور الأخصائي الاجتماعي في عملية التأهيل للمعوقين.
- العمل على التعريف أكثر بهذه الشريحة والاهتمام والعناية بالمعوقين بين طلاب قسم الخدمة الاجتماعية، والفائدة التي يحصل عليها المجتمع من خلال الاهتمام والرعاية بهذه الفئة.
- توثيق الصلة بين المعاقين وبقية أفراد المجتمع من خلال إقامة الندوات والمؤتمرات الخاصة بالإعاقة والمعوقين.
- التأكيد على اهمية التطبيق الفعلي للقوانين والتشريعات الخاصة بالمعاقين.
- التأكيد على اهمية دور رابطة الأخصائيين الاجتماعيين في التعريف بما يقوم به الأخصائي الاجتماعي في مجال المعوقين.
- الزيادة في عدد الأخصائيين الاجتماعيين داخل مؤسسات الرعاية الخاصة بالمعوقين على أن تتم هذه الزيادة بشكل منظم وفعال.
- تشجيع الأخصائي الاجتماعي على الابتكار والإبداع في العمل المهني من خلال توفير كافة الإمكانيات المادية والمعنوية ووضعها تحت تصرفه في اي وقت.
- متابعة ما يطرأ من تطور في ميدان الخدمة الاجتماعية للمعوقين والعمل على إضافته إلى مقررات قسم الخدمة الاجتماعية.
- الاهتمام بالدراسات والبحوث حول المعوقين وما يطرأ من تقدم في هذا المجال سواء على المستوى المحلى أو العالمي والعمل على تشجيع الدراسات في هذا المجال.
- إقامة مهرجان سنوي بالمعاهد العليا والجامعات للمعاقين، كاستقبال المعوقين في الجامعات والمشاركة في احتفالاتهم، وتوضيح ما لهذه الشريحة من اهمية في المجتمع.

❖ الأخذ بمبدأ الدمج للمعاقين وذلك بعدم أشعارهم بالإعاقة وإشاركهم في كافة برامج.

ولقد أشارت العديد من الدراسات والبحوث التي قام بها باحثين في الخدمة الاجتماعية ان ممارسة الخدمة الاجتماعية تواجه عدة معوقات تحد من فاعلية هذه الممارسة وتؤدي إلى قصور في اداء الأخصائي الاجتماعي لعمله ويستطيع عرض هذه المعوقات على النحو التالي (سلوى، ٦٠ — ٦٢):

أ- معوقات خاصة بالأخصائي الاجتماعي :

(١) شخصية الأخصائي الاجتماعي واستسلامه لأدوار متواضعة في المدرسة.

(٢) عدم وجود الرغبة والميل التلقائي لدى الأخصائي الأمر الذي تنعكس آثاره السيئة على عطائه المهني.

(٣) قلة الإطلاع والقدرة المهنية مما يبعده عن التطور المستمر لمهنة الخدمة الاجتماعية.

(٤) عدم الإيمان الصادق النابع من القلب بالنسبة لعدد من الخريجين الذين اضطروا للالتحاق بمعاهد الخدمة الاجتماعية بسبب المجموع وتوزيع التنسيق دون أي ميل لهذه المهنة مما يؤدي إلى هبوط مستوى الأداء.

(٥) يعي بعض الأخصائيين الاجتماعيين نحو تدريس مواد دراسية أخرى أملاً في زيادة دخلهم أسوة بزملائهم المدرسيين.

(٦) اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالكم والإحصائيات بالنسبة للحالة الفردية والمشكلات والأنشطة الجماعية دون الاهتمام بالتعايش مع الحالة والتعاون في توفير العلاج اللازم لها.

ب- معوقات خاصة بموقف المدرسين :

(١) عدم تعاون بعض المدرسين مع الأخصائي الاجتماعي وذلك لعدم وعيهم بأهمية الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في العملية التربوية والتعليمية.

(٢) وجود بعض المشاعر السلبية تجاه الأخصائي الاجتماعي بسبب نفور بعض المدربين من عرض مشكلات الفصل وصعوباته على الأخصائي الاجتماعي.

(٣) رفض المدرس التعاون مع الأخصائي الاجتماعي في مواجهة مشكلات الطلاب والاهتمام بالجانب التعليمي دون الجوانب التربوية الأخرى حيث محور اهتمام المدرسة هو المدرس.

جـ- معوقات خاصة بإدارة المدرسة :

فعدم تفهم الإدارة المدرسية لدور الأخصائي الاجتماعي في المدرسة وعدم معاونتها له في أداء دورة لاعتقاد بعض النظار بأن دور الأخصائي في المدرسة لا يرتبط بالتحصيل الدراسي للطالب الأمر الذي يترتب عليه تكليف الأخصائي الاجتماعي بمهام لا تمت بصلة إلى دورة الأساسي في المدرسة مما يعطل فاعلية أدائه لدورة المهني.

د- معوقات خاصة بقصور الإمكانيات المادية والإمكانيات المساعدة :

إن قلة الاعتمادات يتسبب في تعطيل أوجه النشاط المختلفة لأن البرامج والخطط يجب أن تقع في ضوء الإمكانيات المتاحة لإمكان تنفيذها فالظروف الحالية للمدرسة المصرية من نقص الإمكانيات وقصور الموارد وتكدس الفصول إلى جانب ذلك تحتاج مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية في كثير من الإدارات إلى الدعم الفني والخبرات اللازمة المعاونة التي يحول إليها الطلاب.

هـ- معوقات خاصة بالأنشطة الجماعية وضيق وقت الطالب :

إن اليوم الدراسي الحالي لا يتيح للطالب سوى فسحة قصيرة وهي غير كافية للممارسة الأنشطة الجماعية وتزايد عدد الطلاب باستمرار كما أن سباق المجاميع وضرورة التفوق لا تشجع الطالب على البقاء في المدرسة بعد انتهاء اليوم الدراسي بالإضافة إلى أن كثير من المدارس عادة ما تشغل بأكثر من فترة مما ينقص من رسالة المدرسة ويعطل تكاملها حيث يتم تنفيذ الجانب التعليمي وتعطيل الجوانب التربوية والاجتماعية التي تسعى إلى تنمية شخصية الطالب عن طريق الأنشطة المختلفة فنظام اليوم الحالي وانشغال المدرسين بحصصهم الإضافية والدور الخصوصية كان له أكبر الأثر امتنعتم عن زيادة جماعات النشاط ومجالس الفصول وأن وحيث فيكون ذلك مظهريًا فقط.

خدمات الإرشاد الأسري

الفصل السابع



- إرشاد أسر المعوقين (الخلفية).
- دور المرشد الأسرى.
- مراحل ردود أفعال الآباء.
- استجابة أولياء الأمور.
- مشاعر الأخوة تجاه أخيهم المعوق.
- دعم ومساندة المهنيين.
- مبررات تدريب أولياء أمور.
- دور المهنيين في خفض الضغوط.
- أشكال مشاركة الوالدين.
- توعية الآباء بأساليب التوافق.
- مراحل إرشاد أسرة الطفل المعاق.
- المبادئ الأساسية لمشاركة الآباء.
- طرق وأساليب الإرشاد الأسري في مجال الإعاقة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) التعرف على الخلفية السيكولوجية إرشاد اسر المعوقين.

(٢) التمييز بين الأدوار التي يقوم المرشد الأسرى.

(٣) المقارنة بين مراحل ردود افعال آباء الأطفال ذوي الإعاقات.

(٤) إدراك استجابة أولياء الأمور للضغوط النفسية.

(٥) استنباط مشاعر الأخوة تجاه أخيهم المعوق.

(٦) التعرف على دور المهنيين دعم ومساندة آباء الأطفال ذوي الإعاقات.

(٧) ذكر مبررات تدريب أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة.

(٨) تحديد الأدوار التي يقوم بها المهنيين في خفض الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة.

(٩) توضيح أشكال مشاركة الوالدين في البرامج التربوية لأطفالهم المعوقين.

(١٠) التعرف على كيفية توعية الآباء بأساليب التوافق مع إعاقة طفلهم.

(١١) شرح مراحل إرشاد أسرة الطفل المعاق.

(١٢) تحديد المبادئ الأساسية لمشاركة الآباء في برامج ذوي الاحتياجات الخاصة.

(١٣) فهم طرق وأساليب الإرشاد الأسري في مجال الإعاقة.

الفصل السابع
خدمات الإرشاد الأسري
Family counseling Services

مقدمة

لقد تنبهت الدول المتقدمة لأهمية مشاركة أولياء الأمور تربية وتعليم طفلها بالتعاون مع المتخصصين في مجال التربية الخاصة، لتعزيز هذا الاتجاه قامت بإصدار التشريعات والقوانين التي تضمن إتاحة الفرصة لمشاركة فعالة لأولياء الأمور والعمل على الرفع من مهاراتهم وقدراتهم في تربية وتأهيل طفلهم المعاق، فعلى سبيل المثال أصدرت الولايات المتحدة الأمريكية القانون رقم ١٤٢/٩٤ الصادر عام ١٩٧٥م وهو قانون التربية لجميع الأطفال ذوي الإعاقة، Education of All Handicapped Children Act The والذي ألزم مقدمي خدمات التربية الخاصة بتدريب أولياء الأمور لضمان تلبية احتياجات الأطفال المعاقين و أسرهم لأول مرة، ثم أعقب ذلك إعادة إصدار قانون امريكي آخر برقم ٤٧٦/١٠١ والصادر عام ١٩٩٠ م، و أضاف هذا القانون مزيد من التشريعات التي تشجع مشاركة أولياء الأمور في العملية التعليمية بالتعاون مع فريق متعدد التخصصات للبرنامج التربوي الفردي (Wright & Wright, 2004).

إن من أهم المبادئ التي يقوم عليها مبادئ التربية الخاصة، مشاركة الأسرة في برامج التربية الخاصة، حيث أن أحد مبادئ قانون التربية الخاصة في أمريكيا والذي يقوم على أساس مشاركة الأسرة في معظم برامج التربية الخاصة لأطفالهم، كما أن للأسرة الحق في المطالبة بإعادة الخطط التربوية الفردية ومراجعتها مع الاختصاصيين.

وذكر الشمري (٢٠٠٠) أن هناك اتفاق بين معظم الباحثين والتربويين في مجال التربية الخاصة على أهمية مشاركة الوالدين في برامج الخدمات المقدمة لأطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذه البرامج لا تكتمل فعاليتها إلا بمشاركتهم الفعالة في تقديم الخدمات لأبنائهم المعوقين، ويدعم ذلك الوعي بأهمية عضويتها في فريق العمل الذي يقوم بقياس برامج الخدمات وتصميمها له ولطفلها المعوق، ووجود التشريعات التي تؤكد أهمية اشتراكها اشتراكاً مباشرًا فيما يخص طفلها.

إرشاد أسر المعوقين (الخلفية)

إن الأسرة تلعب دورًا مهمًا في حياة أطفالها ذوي الإعاقات، ولا يمكن تقديم التوعية والعون لأسرة الطفل المعوق دون أن يدركوا الخلفية التي تقف وراء سلوكياتهم تجاه أطفالهم المعاقين، والتي هي انعكاس للعديد من المشاعر وردود الأفعال والضغوط التي تتعرض لها الأسرة عند ميلاد طفل معوق. و لذلك كان لابد قبل أن نعرض للدور الذي يجب أن يقوم به الآباء نحو أبنائهم ذوي الإعاقات، أن نعرض ردود فعل الوالدين تجاه ميلاد طفل معوق والضغوط التي يواجهها هؤلاء الآباء نتيجة مجيء هذا الطفل إلى الأسرة.



إن الزوجة التي على وشك أن تصبح أمًا لا تريد طفلا (أي طفل) بل تود طفلاً من نوع معين، وكلما تقدمت الأم في أشهر حملها بالجنين، أصبحت خصائص هذا الجنين الجسمية والعقلية والشخصية محددة بدرجة واضحة في تفكيرها (الببلاوي، ٢٠٠٤).

ففي فترة الحمل – كثيرا ما ينتاب كل من الأب والأم توقعات سارة ومبهجة بالمولود الجديد وما سيكون عليه من وسامة أو ذكاء، وبالمستقبل الذي يتوقعانه له، وقد يتحقق بمقدم الطفل وقد لا يتحقق عندما تظهر على المولود دلائل أو علامات تشير إلى أنه في حالة غير طبيعية (السرطاوي، وسيسالم، ١٩٩٠). وتنظر الأم إلى ميلاد الطفل على أنه إنتاج عمل، وعلي انه هدية أعدتها لأمها أو لزوجها – أي أنه شئ قامت بعمله – فهو إذن نوع من الإنجاز الذاتي، إلا أن قدوم طفل ذي إعاقة يعكس درجة الملاءمة الشخصية للأم، ومن ثم فإن الشعور بالإنجاز قد يعبر عنه بكلمات مثل "انظروا ماذا انتجت"، وعندما تواجه بحقيقة أن الطفل عاجز يتحول هذا التعبير إلى تعبير عكسي مؤداه "لقد فشلت فيما أنتجت" أي أن قيمة الهدية أو الهبة انخفضت، إن لم تتحطم بميلاد هذا الطفل (عبد الرحيم وبشاي، ١٩٨٨).

وعندما يُوَاجَه الوالدان بإصابة وليدهما بالإعاقة ، حينئذ تأخذ العمليات النفسية دورها وتتجه لمنع الآباء من ان يدركوا اشياء قد تسبب لهم آلاما نفسية ، فيمرون بتجربة اختلاط انفعالاتهم وتداخلها بأحاسيسهم عن الشئ الصالح لطفلهم ، وبالتالي يتغير الجو الانفعالي داخل المنزل ، وينشأ جو من خيبة الأمل (مندل وفيرنون، ١٩٧٦).

ان احد مصادر الانفعالات العنيفة يتمثل في الإحباط الذي يواجه الوالدين عندما يحصلان على طفل مصاب بالعجز والقصور ، فبعد أن كان الوالدان يتوقعان اشكال الإثابة التي ترتبط بالأبوة والأمومة أو الإحساس بالسعادة مع طفل قابل للاستجابة والتفاعل ، والفخر والزهو بإنجاب طفل سليم ، هذه المشاعر تتحطم في حالة الطفل المعوق ، والاستثارة الانفعالية الناتجة عن الوالدين غالبًا ما تتميز على أنها القلق والشعور بالذنب مما يدفعهما إلى البحث عن أساليب دفاعية لتخفيف حدة المشاعر (عبد الرحيم وبشاي، ١٩٨٨)



وهنا يقع الوالدان فيما يسمي بمراحل ردود الفعل الأولية لظهور مشكلة الإعاقة، والتي تتجلى واضحة وصريحة بعد تشخيص حالة الطفل وفي هذه الحالة يستجيب الآباء للتشخيص بإعاقة الطفل بمجموعة من ردود الأفعال يحاولون من خلالها التصرف بناء على حقيقة ما يدركونه ، أو تشويه جزء مما يدركونه بطريقة ما لطمس الحقيقة حيث تنتابهم مشاعر متباينة.

مفهوم الإرشاد الأسري :

يشير جولدنسون Goldenson (١٩٨٤: ٢٨٤) إلى ان الإرشاد الأسري يعني إرشاد الوالدين أو افراد الأسرة الآخرين عن طريق المتخصصين، الذين يزودونهم بمعلومات عن التدعيم العاطفي أو المساندة الانفعالية وكيفية مواجهة المشكلات التي تقابلهم (تواجههم) مثل تأخر النمو العقلي للطفل، أو العجز الجسماني (الجسمي) لدى الطفل، والتبني، والمساعدة العامة، أو برامج الأسرة وخططها والاضطرابات العقلية الأخرى في الأسرة.

ويعرف إرشاد اسر غير العاديين "بأنه علاقة مساعدة بين أخصائي مدرب ووالدي ابن غير عادى يعملون للوصول لفهم افضل لاهتماماتهم، ومشكلاتهم، ومشاعرهم الخاصة، وهو عملية تعليمية يساعد المرشد الوالدين لاكتساب وتنمية واستخدام مهارات واتجاهات ضرورية للوصول إلى حل مرضى لمشكلاتهم واهتماماتهم ويساعد المرشد الوالدين ان يصبحوا ذو فاعلية تامة لخدمة طفلهم وعلى ان يقدروا قيمة العيش المنسجم كأعضاء فى وحدة أسرية مكتملة التوافق" (Stewart, 1987, 21-22).

يعرف الإرشاد الأسرى بأنه "اسلوب من اساليب العلاج النفسي الجماعي، يتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس أفراد، وهو علاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين اعضاء الأسرة كنسق اجتماعي ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كجماعة على تغيير انماط التفاعل المرضية داخل الأسرة" (سرى،١٩٩٠: ١٩٣).

كما يحدد الإرشاد الأسرى في مجال ذوي الإعاقات على انه "مجموعة من التوجيهات العلمية التي يقوم لأسرة المعاق لاسيما الوالدين بهدف تدريب وتعليم افرد الأسرة على اكتساب المهارات والخبرات التي تساعدها في مواجهة مشكلاتها المترتبة على وجود ابن معاق لديها سواء ما يتعلق بالتنشئة الاجتماعية لهذا الابن او ما يتعلق بتأهيله باستخدام كل الوسائل المتاحة او التي يمكن إتاحتها لتقليل الآثار المترتبة على الإعاقة حتى يبلغ المعاق اقصى استفادة ممكنة من قدراته" (محمد، ١٩٩٧: ١٦٨).

ويتضمن الإرشاد الأسري عدة اشكال منها : الإرشاد الزواجي بالإضافة إلى إرشاد الوالدين والأولاد، ويتم ذلك بأخذ كل فرد على حده ولكن ضمن الأسرة، فتنظيم صفات السلوك في الأسرة مع الفهم الجيد لهذا السلوك تعتبر اشياء مهمة وضرورية، مع أخذ البيئة بعين الاعتبار في الإرشاد، كما يرتكز الإرشاد الأسري على ثلاثة مجالات مهمة : تطوير وفهم شخصية الفرد، معرفة اشكال الأعراض، بالإضافة إلى الطرق العلاجية والفنية المستعملة، وفي جميع هذه المجالات يقوم المرشد بدور فعّال مع بقية اعضاء الأسرة (صالح، ١٩٨٥).

ويستهدف الإرشاد النفسي لأسرة الطفل غير العادي التعامل مع شخصية كل فرد فيها من اجل تعديل سلوكه نحو الأفضل حتى يتحقق التوافق السوي بين تفاعلاتهم الشخصية في نطاق علاقاتهم الأسرية بشكل جيد، ومن ثم عندما يقف الإرشاد النفسي عند الطفل غير العادي فقط دون أن يمتد إلى جميع أفراد أسرته، فإنه بحق يكون قاصرا في تحقيق أهدافه الكلية.

إن المحاولات الإرشادية التي تتناول كل فرد داخل هذه الأسرة على حده دون التعرض لها باعتبارها وحدة كلية متماسكة، تكون أيضا عاجزة عن التقدم خطوة واحدة في سبيل إتمام الإنجازات المنشودة منها، كذلك يجب على الإرشاد النفسي أن يتعامل مع الأسرة بصورة متكاملة متناولا التفاعلات الشخصية بين أفرادها في نطاق العلاقات الأسرية مع بعضهم (الأشول، ١٩٩٦).

دور المرشد الأسرى:

لقد حدد مينوش (Minuchin, 1994: 99) ثلاثة ادوار فعالة للمرشد الأسرى وهى:

(١) مشاركة الأسرة في ترتيب القيادة داخل الأسرة.

(٢) تنظيم ورسم بناء الأسرة الحالي.

(٣) التداخل بطريق مصممة لتغيير الأبنية غير الفعالة.

اورد كوري (Corey, 1996, 384-385) الأدوار التي يقوم بها المرشد لمساعدة الأسرة في تحقيق أهدافها منها:

(١) التركيز على احترام الذات وعلى نظام الأسرة.

(٢) التركيز على أساليب التنشئة الأسرية.

(٣) الاهتمام بحوادث الأسرة التاريخية.

(٤) خلق مسئوليات ومهام جديدة للأسرة للقيام بها.

(٥) استعمال السيكودراما كوسيلة لحل المشكلات الأسرية.

(٦) استعمال الضحك في حل المشكلات.

(٧) النظر للأسرة من خلال ثلاثة اجيال على الأقل.

(٨) الاعتماد على الاتصال الواضح لحل المشكلات.

(٩) الأصالة، أن يكون المعالج الأسرى اصيلا ومحبا لتقديم المساعدة.

ويؤكد (كفافى، ١٩٩٩: ٣٧٠- ٣٧٤) على أهمية دور المرشد، فالعلاج الاستراتيجي يحقق أهدافه في علاج الأسرة عن طريق قيام المرشد الأسرى:

(١) حل المشكلة الحالية والتركيز على النتائج السلوكية الحاصلة.

(٢) تقديم بدائل مناسبة كحلول للمشكلة.

(٣) تغيير السلوك المشكل والمشاعر نحوه ويحقق العلاج الاستراتيجي أهدافه في علاج الأسرة عن طريق خلخلة النسق الأسرى وجعله غير متوازن وغير ثابت لأن هذه الخلخلة هي التي ستفتح الطريق أمام التغير العلاجي ويحدث هذا عن طريق: أولا: إحداث التغير في سلوك العضو الذي حددته الأسرة كمريض. ثانيا: إحداث تغير في أنماط التفاعل بين افراد الأسرة.

أهداف الإرشاد الأسرى :

إن الإرشاد الأسرى بوجه عام يستهدف تحقيق سعادة واستقرار واستمرار الأسرة وبالتالي سعادة المجتمع واستقراره وذلك بنشر تعليم أصول الحياة الأسرية وأصول عملية التنشئة الاجتماعية ووسائل تربيتهم ورعاية نموهم والمساعدة في حل المشكلات والاضطرابات الأسرية وفى هذا تحصين للأسرة ضد احتمالات الاضطراب أو الانهيار وتحقيق التوافق الأسرى والصحة النفسية للأسرة (رجب، ١٩٩٨ :١٩٧).

حدد حنفي (٢٠٠٠ :٧٣) أهداف الإرشاد الأسرى فيما يلي:

(١) تحسين التواصل الأسرى وتهيئة المناخ لنجاح عمليات التواصل.

(٢) إعادة تنظيم نسق الأسرة لإزالة العناصر المرضية وتدريب أفراد الأسرة على طرق جديدة للتعامل مع الاضطرابات الأسرية الحالية.

(٣) تشجيع كل فرد من أفراد الأسرة على إحداث التوازن بين قطبى المعية والتفرد.

(٤) تغير السلوك الأسرى وتدريب أعضاء الأسرة على كيفية التعامل مع المهارات الحياتية.

إن الإرشاد الأسرى يهدف إلى مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين والأطفال) فرادى أو كجماعة على تفهم الحياة الأسرية ومسئولياتها وتكوين وجهه نظر إيجابية، وتحقيق الأهداف

الذاتية والأسرية من خلال اختبارات ذات معنى لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسرى وحل المشكلات الأسرية وتحصين الأسرة من احتمالات الاضطراب أو الانهيار (الاشول، ١٩٩٢: ٨٨)

مراحل ردود أفعال آباء الأطفال ذوي الإعاقات:

لقد حدد كل من (د. هول وهج جولي Holl, D. & Jolly, H. ، ١٩٨٤ ، عبد الرحيم وبشاي ، ١٩٨٨ ؛ والغانم ، ١٩٩٠ ؛ والسرطاوي وسيسالم ، ١٩٩٠ ، والسرطاوي ، ١٩٩١ Moores, 1995, ؛ وابو النصر، ١٩٩٥ ؛ والأنصاري، ١٩٩٥ ؛ والقريوتي وآخرون، ٢٠٠٣). هذه المراحل على النحو التالي :

(١) مرحلة الصدمة :

تعتبر الصدمة أول رد فعل ينجم من جراء وجود طفل معاق بالأسرة حيث يعاني افراد الأسرة من الارتباك وانهم واقعون في مشكلة. وتبدأ الأسرة في طرح عدد من التساؤلات التي تعبر عن الصدمة مثل: أنا لا أصدق ذلك، ماذا أفعل، أعرف أن ابني يعاني من مشكلة ليست بهذه الخطورة.

إن إخبار الوالدين للمرة الأولى بأن الطفل أصيب بإعاقة سواء كان ذلك بعد الولادة أو في سن متقدمة فإن وقع الخبر عليهما يكون قاسيًا، حيث إن إحساسهما يكون مثل إحساس المفجوع في ابنه في حادث أو مرض خطير، حيث أصبح لزامًا عليهما التخلي عن احلامهما وأوهامهما بأن طفلهما سليم. إن الصدمة التي تمثلها ولادة طفل معوق لا تحدث دفعة واحدة وهي أسوأ في بعض الجوانب من وفاة الطفل لأن الوالدين يدركان تدريجيًا أن الطفل المعوق لن يعيش حياة طبيعية بشكل كامل.

إن التشخيص النهائي لحالة الطفل قد يساعد في معرفة المشكلة بدقة، ولكن ذلك غالبًا ما يعقبه شعور بالصدمة. ذلك أن الوالدين قد يتساءلان عن السبب: هل هي الأم؟ هل هو الأب، هل هو خطأ طبيب؟ وما إلى ذلك من تساؤلات.

(٢) مرحلة الإنكار :

يلاحظ أن بعض الآباء ينكرون وجود الحالة عند ابنهم، ويعزون الخلل إلى خطأ في عمليات التشخيص، وقد تبحث الأسرة عن مصادر متعددة لتشخيص الحالة. وتركز الأسرة

في هذه المرحلة على أشكال السلوك التي يقوم بها الطفل، والتي تدل على عدم وجود مشكلة أو إعاقة لديه، وأنه لا يختلف عن إخوته في بعض المظاهر التي يمكن أن تزول فيما بعد. وهذا الأمر قد يبقى لفترة مؤقتة عند الأسرة، وقد يستمر لفترات طويلة مع الآخرين، وإذا استمرت الحالة لفترات طويلة، فسيؤدي ذلك إلى ضياع فرص التخطيط، وفي مرحلة الإنكار والرفض يبدأ أفراد الأسرة في طرح أسئلة من قبيل: كيف يدعي الطبيب أن طفلنا عنده مشكلة؟ وهل تشخيص الطفل في وقت قصير كفيل بإظهار مشكلته؟

إن الوالدين اللذين يرفضان التشخيص نفسه يدخلان في جدل ونقاش غير مريح مع الاختصاصي، فهما لا يعتقدان أن التشخيص صحيح وذلك قد يولد الغضب على الأخصائي مما يؤثر سلبيًا على علاقته بالوالدين. أما الوالدان اللذان ينكران النتائج المترتبة على التشخيص فهما لا يظهران أي تخوف أو تذمر من كون الطفل معوقًا.

وربما يتمنى معظم أولياء الأمور لو أن طفلهم لا يعاني من أي مشكلة، كما أن الكثير منهم يحاول تجاهلها. ففي بعض الحالات نجد أن أولياء الأمور قد يعتريهم الغضب. ولأنهم لا يمتلكون أسلوبا للتعامل ومواجهة الألم واليأس سوى هذا الأسلوب عندما يفكرون في مشكلة طفلهم. وفى معظم الأحوال يعتقد أولياء الأمور اعتقادًا خاطئًا بأن طفلهم المعوق طفلاً عاديًا وربما يتمسكون بهذا الاعتقاد كوسيلة دفاعية للتخفيف من حدة ما يعانونه من قلق وتوتر.



ومما تجب الإشارة إليه أن عملية الإنكار لا تعني في حد ذاتها أن الوالدين يعجزان عن الاحتكام إلى المنطق والعقل، كما أنها لا تعني قصور تفكيرهما عن فهم ما يجري فيما يتعلق بطفلهما. ونظرًا إلى أن الإنكار يعتبر في سياق ردود الفعل الانفعالية من جهة الوالدين مرحلة يبحثان فيها عن مصادر دعم خارجية فضلاً عن تجنيد قواهم الداخلية، فإن الإنكار يتلاشى شيئًا فشيئًا عندما يحصلان على بعض ما يريدان.

فالنكران كوسيلة دفاعية ليست عملية عشوائية غير هادفة أو عملية سلبية غير بناءه. ولكنها عملية تساعد الفرد على التعايش مع المتغيرات التي تهدده وتشكل خطرًا بالنسبة له، حيث يزود الفرد بفترة زمنية للبحث عن القوة الداخلية (الذاتية) والقوى الخارجية (المعلومات، الجمعيات المتخصصة، الأصدقاء، الخ) اللازمة للتغلب على المشكلة.

(٣) مرحلة الحزن أو الأسى :

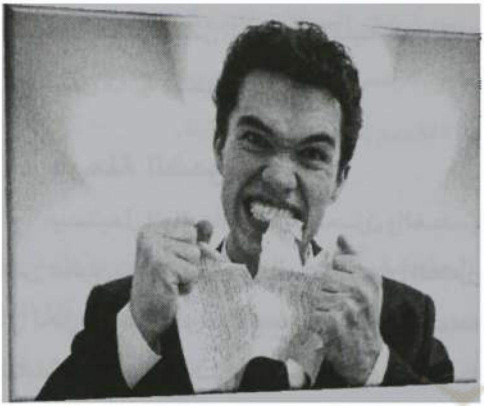
يعتبر الحزن أو الأسى - من جانب الوالدين - رد فعل يحدث مباشرة بعد التشخيص، ويستمر حزنهما على فقدان حلمهما بالطفل السوي، ويبلغ الحزن أقصاه في الفترة ما بين التشخيص المبدئي والاتصال بالطبيب المختص.

إن الشعور بالأسى والمرارة لا ينبع فقط من وجود الطفل المعوق في المنزل كعامل معوق. إن هذا الشعور قد يتولد نتيجة شعور الوالدين بأنهما السبب في وجود هذا الطفل. وهكذا يشعر أولياء الأمور بأن الإعاقة قد غيرت مجرى حياتهم وانه لم يعد بمقدورهم أو من حقهم ان يبتسموا او أن يستمتعوا بحياتهم. وهذا الإحساس بالتعاسة والشعور بالأسى، وخيبة الأمل يصاحبه الانطواء، والبكاء، وربما بعض الأمراض الجسمية مثل الأرق، وفقدان الشهية، وغير ذلك من الأعراض.

(٤) مرحلة الغضب :

يظهر الغضب في أعقاب الإنكار والرفض. وقد توجه الأسرة غضبها إلى الخارج فيقوم الوالدان بانتقاد أجهزة المستشفى؛ حيث لم تكن كافية من وجهة نظرهما، أو لم تكن التجهيزات على مستوى مناسب وقت الولادة، وقد يوجه النقد إلى الأطباء وإنهم حديثو العهد بمجال الطب ومهاراتهم ليست عالية.

وبعد أن يتأكد الوالدان بالفعل ان طفلهما يعاني من إعاقة، يوجهان غضبهما نحو الطبيب الذي أخبرهما بإعاقة الطفل، ثم يوجه الغضب بعد ذلك للطفل الذي سبب لهما الألم، والذي حطم أحلامهما ويكون الغضب شديداً عند الوالدين في الطبقة المتوسطة والمنخفضة لأن ذلك يسبب عبئًا ثقيلاً على كاهلهما، ويفسد حياتهما التي اعتنيا بتنظيمها.



كمــا ان بعــض الآبــاء والأمهــات يــشعرون بالغــضب، تجــاه أطفــالهم ذوي الإعاقات إلا أنهم لا يستطيعون إظهار ذلك لأســباب أخلاقيــة واجتماعيــة أو دينيــة وبالتالي فإنهم قد يوجهونها نحو الزوجات أو الأزواج أو الأبناء أو أي شخص آخر.

ومــن الجــدير بالــذكر أن الغــضب الذي يعتري الوالدين ليس له أساس واقعي وهذا يختلف عن الغضب الناجم عن عدم توفر الخدمات الملائمة للطفل أو عن الأخطاء التي يرتكبها الاختصاصيون فهم بشر، وهم عرضة لارتكاب الأخطاء.

والوظيفة الأساسية، التي يؤديها الغضب هي مساعدة الآباء على إعادة إدراكاتهم الذاتية لمفهوم العدالة الذي عكر صفوهم بولادة طفل معوق. فهم بحاجة إلى الإحساس داخليًا بالعدالة في هذا الكون وهو الإحساس الذي تهدده الخبرة المؤلمة لآباء الأطفال ذوي الإعاقات.

(٥) الشعور بالاكتئاب:

يتطور لدى الوالدين شعور بالاستسلام حول حقيقة إعاقة طفلهما، وقد ينعزل الوالدان عن الآخرين، وينتابهم شعور بالأسف الشديد والحزن. وقد يهرب أفراد الأسرة من المحيط الاجتماعي إلى محيط آخر، ويرفض الوالدان مقابلة الآخرين سواء في ذلك الأقارب، أو الأصدقاء، وتخفي الأسرة وجود طفل معاق خاصة إذا كانت الحالة شديدة خوفاً من نظرة الآخرين وما سيقولونه عنهم.

ومما تجدر الإشارة إليه أن الاكتئاب هنا يعني الغضب الموجه نحو الذات. والسؤال الذي يطرح نفسه... هو: لماذا يغضب أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات ؟ الإجابة تقول أن الأمر يتعلق بضعفهم، ذلك أنهم يشعرون أنه لم يكن بمقدورهم اتخاذ أي إجراء لمنع حدوث الإعاقة، ولذلك فهم يغضبون من أنفسهم عند شعورهم بالعجز، أو هم قد يشعرون أنه كان

بمقدورهم عمل الشئ الكثير للوقاية من الإعاقة، ومن ثم يغضبون من انفسهم لأنهم لم يفعلوا كل ما في وسعهم.

(٦) مرحلة الشعور بالذنب :



يستبدل الوالدان شعور الحزن والغضب بشعور عميق بالذنب يكمن السبب فيه أن الضرر الذي لحق بالطفل هو عقاب من الله على ذنوبهما السابقة، فيتلاءم الوالدان أي يبدأ كلّ منهما بإلقاء اللوم على الطرف الآخر في أنه سبب إعاقة الطفل كأن يكونا قريبين مثلاً أو ان احدهما يعاني من إعاقة ما، أو أن الأم لم تتبع سبل الوقاية اثناء فترة الحمل لأنها تتعاطى الأدوية دون استشارة الطبيب، أو اهملت أساليب التغذية السليمة أو ما شابه ذلك.

وقد يشعر الوالدان بالذنب وتأنيب الضمير، ويوجه - في العادة - النقد نحو الذات بحيث يلوم الأب نفسه أو زوجته، وقد تلقي الزوجة باللوم على نفسها، أو على زوجها، وأنهما لم يتخذا الإجراءات الوقائية المناسبة أثناء فترة الحمل وبعدها. وعلى الرغم من أن الكثير من إعاقات الطفل قد تعود إلى ظروف ما قبل الولادة، إلا إن كثيراً من أولياء الأمور وخصوصاً الأمهات قد يشعرن بطريقة أو بأخرى بأن عليهن مسؤولية كبرى بالنسبة لعجز طفلهن. كذلك ربما يشعرن بهذا الإحساس حتى لو كان سبب الحالة غير معروف، أو حتى لو أخبروا من قبل الطبيب بأنهم لم يقمن بعمل شئ ما قد يكون سبباً في وجود المشكلة. كما نجد في بعض الأحيان أن للمعتقدات الدينية دوراً مؤثراً في مشاعر أولياء الأمور تجاه معاناة طفلهم والتي قد يرجعون السبب فيها لمخالفتهم لتلك المعتقدات.

وعندما تكون الإعاقة نتيجة حادث أو مرض يميل تفكير الأم إلى بعض التعليلات منها"هل أهملت ابني حتى جعلته عرضة للإصابة" أو "لو كنت على الأقل لم أسمح له بالخروج منفرداً، أو لو لم اذهب إلى السوق في ذلك اليوم لما حدث ذلك".

وبوجه عام يمكن القول أن الشعور بالذنب يعد أكثر الحالات الانفعالية شدة وقسوة على الوالدين، إلا أنه في نفس الوقت قد يتيح للوالدين فرصة مراجعة وتقييم سلوكياتهما. أما الغضب فإن دوره يتمثل في معاونة الوالدين على إعادة تقييم إدراكاتهما الذاتية.

(٧) مرحلة التقبل :

تمثل هذه المرحلة اعتراف الوالدين بالحقيقة. ويصل الأمر إلى الواقعية والتفكير والتعامل مع الطفل بدون شعور بالخجل أو شعور بالذنب، ويتخلى الوالدان عن مسألة اللوم والإسقاط، وتبرير وجود الإعاقة في نطاق الأسرة. ويهتم الوالدان في هذه المرحلة ببرامج رعاية الطفل، فيشعران بالمسئولية تجاهه، ونحو طرق علاجه ورعايته، لذلك يبدأ الوالدان في البحث عن سبيل لعلاج طفلهما، والتعرف على البرامج التربوية التي تساعده في تنمية مهاراته لأقصى درجة ممكنة.



ومن الطبيعي أن الاستجابات السابقة والخاصة بردود الأفعال لن تسير دائمًا بالصورة والترتيب الذي ذكرناه. فبعض الاستجابات قد لا تظهر والبعض الآخر قد يظهر لفترات قصيرة ثم تختفي، وهناك من الاستجابات ما تختفي ثم تظهر مرة أخرى تحت ظروف معينة. إلا أن الأسرة عادة ما تتوافق مع الوضع الجديد وبصورة تدريجية وتستعيد ثقتها وتبدأ في التعبير عن قدرتها على مواجهة الموقف.

وفي هذه المرحلة تبدى الأسرة تفهمًا للوضع الجديد والبحث عن حلول لتلبية الاحتياجات والمستلزمات الخاصة لطفلهما المعوق، والتكيف الاجتماعي والنفسي بالنسبة

للوالدين وأفراد الأسرة بوجه خاص وعلى المستوى الأسري والمعارف بوجه عام.

لكن واقع اتجاهات الأسرة – وخاصة الأسر العربية – ينحصر في الغالب ضمن المراحل الست الأولي دون أن تتعداها لتصل إلى المرحلة السابعة – أي مرحلة التقبل - ، والتي تعتبر المرحلة المهمة والضرورية والمتمثلة في البحث عن أفضل الخدمات التربوية والطبية لأطفالهم ذوي الإعاقة بهدف توفير الفرص التعليمية والتأهيلية التي تزودهم بالمهارات اللازمة لتحقيق حياة استقلالية.

وهكذا نري كيف تتفاوت ردود أفعال الأسرة بشكل عام – والأم بشكل خاص – أمام ولادة طفل ذي إعاقة. ويتأثر ذلك بعوامل عديدة تحدد مدي الضغط الذي تعاني منه الأسرة، فإما ان تبدي قدراتها على مواجهة هذا الحدث واستيعابه، أو أن يؤدي ذلك إلى شل فاعليتها واضطراب مجري حياتها النفسية (قنطار، ١٩٩٢). يضاف إلى ذلك بعض الاضطرابات داخل الأسرة، وكذا في نطاق تعاملاتها مع الآخرين عند ميلاد طفل معوق، فهناك والدان ليس لديهما الخبرة الكافية في كيفية التعامل مع هذا الطفل، ولا يعرفان آباء لديهم أطفال لهم نفس الإعاقة، وقد ينقلان مشاعرهم اليائسة إلى بعضهم البعض، وكذلك فقد يكون الطفل ذو الاحتياجات الخاصة سببًا في عدم التوافق الزواجي (مندل، وفيرنون، ١٩٧٦).

وأحد أشكال اضطراب الأسرة عند ميلاد طفل ذي إعاقة حدوث تغير في أدوار الوالدين إلى حد ما، وذلك أنه بغض النظر عن ترتيب ميلاد هذا الطفل، فإنه يحتل دائما مكانة الطفل الأصغر في الأسرة أو الطفل في مرحلة ما قبل المراهقة (عبد الرحيم و بشاي، ١٩٨٨)

وفي معظم الأحيان تقلل الأسرة اختلاطها بالأسر الأخرى، وخاصة تلك التي لا ترتبط معها بصلة قرابة مما ينعكس على درجة التفاعل الاجتماعي لهم، وربما يدخل الوالدان انفسهما في دائرة الرفض والعزل (السرطاوي وسيسالم، ١٩٩٠)، ذلك أن الطفل ينظر إليه وكأنه كارثة ألمت بالعائلة، فالوالدان يعاملانه معاملة إن دلت على شئ فإنما تدل على اشمئزازهما وخجلهما منه ومن وضعه، فيخفيانه عن أعين الزائرين ولا يذكرانه إلا نادرًا وبصورة عابرة، وفي ظل ظروف خاصة، وتكون أحاديثهما عنه مقتضبة، وتعبيراتهما تحمل في طياتها الشعور بالآسي والذنب تجاهه(الغانم، ١٩٩٠).

الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات:

تعبر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور ذوي الإعاقات عن ذلك التأثير السيئ الذي يحدثه وجود طفل معوق أو ما يتسم به من خصائص سلبية، لدى الوالدين فيثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضيق والقلق والحزن والأسى، كما قد يعانونه من بعض الأعراض النفسية الجسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال.

فالضغوط الأسرية ترتبط بتعرض الأسرة لحادث ضاغط يؤثر على حياتها ويجعلها في حالة عدم توازن وارتباك وذلك بما يفرضه عليها من ممارسات مفاجئة وغير متوقعة تحتاج إلى إعادة تنظيم شامل لحياتها، وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لمواجهة هذه الضغوط.(جميل،١٩٩٨).

ولاشك أن الأسرة عند تعرضها لحدث ضاغط كإصابة أحد أفرادها بإعاقة ما، فإنه يختل توافقها كما يتغير نظام التفاعل بين أفرادها وتتشكل مجموعة جديدة من العلاقات والتفاعلات الأسرية الناتجة عن الطفل ، وكما يري تيرنبول Turnbull(١٩٨٦) أن هناك أربعة مكونات للنظام التفاعلي في أسر الأطفال المعاقين ، والتي تحددت في:

(١) الأنظمة الفرعية ، وهي: زواجية (زوج وزوجة) ، ووالديه (أب وابن ، أم وابن)، وأخوية (طفل وطفلة) ، وفوق أسرية (التفاعل مع الأسرة الممتدة ، والأصدقاء ، والأخصائيين) ، وبناء هذه الأنظمة الفرعية يتأثر بالخصائص البنائية للأسرة مثل (حجم العلاقات فوق الأسرية ، وعدد الأبناء).

(٢) التماسك ، وهو: يصف كيف يتفاعل أفراد الأسرة ، فمثلاً : التماسك في الأسر ذات التماسك الجيد يتصف بالتوازن بين التفكك، والحماية الزائدة ، والحدود بين الأنظمة الفرعية تكون محددة بوضوح ، وأفراد الأسرة يشعرون بالترابط القوى والإحساس بالاستقلالية معًا.

(٣) القابلية للتكيف: ويشير إلى قدرة الأسرة على التغير استجابة للموقف الضاغط، فالأسر المشوشة تتسم بعدم الاستقرار والتغير الغير متسق ، أما الأسر الصارمة فلا تتغير استجابة للضغط وتواجه صعوبة في التوافق مع مطالب رعاية الطفل المعاق.

(٤) التواصل: وطبقًا لمنظور الأنظمة الأسرية فإن انهيار التواصل يعكس نظامًا مشكلاً، ومشكلات التواصل تكمن في التفاعلات بين الناس وليس داخلهم، وعليه فعند العمل مع الأسر فإن التأكيد يكون على نماذج التغيير في التفاعل وعلى التغيير في الأفراد، وكذلك تجنب لإلقاء اللوم على أحد أفراد الأسرة او اي فرد آخر. (في سيلجمان، ودارلنج ،٢٠٠١، ٢٤- ٢٦)

وهناك نماذج للضغوط التي يتعرض لها والدي الطفل المعوق، ويكون لها تأثير على حياتهما، وتؤدي إلى تفاقم حدة التوترات داخل نطاق الأسرة، كما قد تؤدي إلى سوء التوافق ومن أهم هذه الضغوط ما يلي:

(أ) الضغوط المالية:

يكلف الطفل المعوق الوالدين الكثير، فالعناية الطبية والعمليات الجراحية، والأدوات الخاصة بالإضافة إلى الرعاية اليومية، والمواصلات واللباس، وكل ذلك يعمل على استنزاف موارد الأسرة المالية، ويشكل عبئًا ماليًا عليها، ولصعوبة توفير الضمانات المالية،والمادية فإن ذلك لا يسهل تعايش الوالدين وتكيفهما، وبالتالي فهما أكثر تعرضًا للمشكلات الاقتصادية، كلما بذلا جهدا لسداد تكلفة الخدمات اللازمة (الخطيب والحسن،٢٠٠٠).



وهكذا فإن الزيادة في تكاليف العناية بالطفل ذي الإعاقة وتوفير احتياجاته المالية، إضافة إلى تكلفة العلاج والتأهيل قد لا يكون في مقدور الأسرة توفير جميع تلك المستلزمات ومتطلباتها لطفلهما ذي الإعاقة، الأمر الذي يسبب ضغطًا إضافيًا ومضاعفًا عليها (الأنصاري،١٩٩٦). ليس هذا فحسب، بل إن ضغوط العجز المالي تؤثر على تقدير أولياء الأمور لذواتهم وعلي حالتهم المزاجية،كما تؤثر في النظرة التي ينظرون بها إلى انفسهم كموفرين للحماية والدعم لأطفالهم،إضافة إلى أن مقدار الضغوط التي يستشعرها الوالدان تؤثر في درجة اندماجهم وتكريسهم لأوقاتهم ومجهوداتهم لصالح ابنائهم، وفي

أساليب تنشئتهم لهم، وفي النسق القيمي الذي يحرصون على تعليمه لأطفالهم (روزماري ومورنج،٢٠٠٠ : ١٤٨).

ولذلك تؤثر الحالة الاقتصادية للأسرة في طريقة قيامها بوظيفتها، فالفئات الاجتماعية الفقيرة تكون أكثر عرضة من غيرها للضغوط والمعاناة، وأقل مقاومة للمشكلات الإضافية التي يفرضها ميلاد طفل معوق (قنطار،١٩٩٢ :١٨٩).

(ب) الضغوط الاجتماعية:

من بين أهم الضغوط التي يعاني منها أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات، الشعور المرير بالحرج والحساسية وعدم الارتياح في المواقف والمناسبات الاجتماعية نتيجة التباعد الملحوظ بين مستوي أداء الطفل ذي الإعاقة الفكرية وأداء أقرانه العاديين، إضافة إلى الانطباعات السلبية عن حالته لدى الأصدقاء والمعارف، مما يدفع بالوالدين إلى تجنيب الطفل هذه المواقف والمناسبات فيزداد شعورهم بالوحدة والعزلة والإحباط (القريطي، ١٩٩٩: ٥٣).





فالوالدان يشعران بالضغط عندما يسترعي سلوك الطفل انتباه الآخرين، وبالرغم من أن معظمهم يحاولون تفسير عجز الطفل للأصدقاء والغرباء، فإن بعضهم يسيطرون على مشاعرهم ولا يقولون شيئًا، أو يتحركون بعيدًا عن المواجهة المحزنة، وقد تبين أن هناك بعض المواقف الاجتماعية التي ينتج عنها ضغوط نفسية شديدة على الوالدين أكثر من غيرها ومنها:

(١) المناسبات الاجتماعية الرسمية،حيث لا ينسجم الطفل مع الأطفال العاديين.

(٢) الدعوة إلى بيوت الآخرين، حيث يكون توجيه سلوك الطفل أمرا صعبًا.

(٣) الأماكن العامة حيث يكون التحكم في سلوك الطفل خارج نطاق السيطرة.

(٤) الأماكن المقيدة التي لا تسمح للطفل بالحركة، ولا للوالدين بالانسحاب من المواقف.

(٥) المواقف الاجتماعية، حين يدخل الطفل في أشكال منحرفة من السلوك عند التفاعل مع الآخرين (سيلجمان وردارلنج، ٢٠٠٠).

وهكذا يترتب على ما سبق، عزلة الأسرة كنتيجة لما تكون قد واجهته في موقفها التطوري من استجابات الآخرين نحوها، ومن ثم نجد والدي الطفل قد لا يشاركان في الأنشطة الاجتماعية، وقد لا يصطحبا طفلهما إلى الأماكن العامة في أغلب الأحيان، وأكثر من ذلك، فإن والدي الطفل ذي الإعاقة قد لا توجه إليهما الدعوة إلى زيارة الآخرين، كما أنهما نادراً ما يدعوان الآخرين لزيارتهما (عبد الرحيم،٢..٣).

(ج) الضغوط الوظيفية:

إن من عوامل إثارة الضغوط التي تواجه أولياء الأمور، ما ينشأ من تعارض أو صراع بين الأدوار الأسرية والأدوار التي تفرضها الحياة الخارجية المختلفة، فقد ينشأ مثلاً نوع من التنافر بين دور الشخص كزوج أو أب والأدوار التي تفرضها المهنة التي يقوم بها، أو بين دور الزوجة أو الأم والأدوار التي تفرضها الاتجاهات الخارجية سواء ما يتصل منها بالعمل أو النشاط الاجتماعي وإذا كان الأمر على هذا النحو بين الزوجين اللذين يعيشان حياة طبيعية، فما بالنا بما يمكن أن يفرضه الطفل ذي الإعاقة من احتياجات ورعاية من نوع خاص، ومتابعة طبية وبرامج تعليمية مختلفة وإعداد مهني متخصص.



إن أحد مصادر الضغوط النفسية والانفعالات والمشاعر السلبية لدى الأمهات هو صراع الأدوار، الذي يتطلب منهن مسئوليات ويفرض عليهن واجبات وأعباء بسبب وجود الابن المعاق، يضاف إلى ذلك محاولة التوفيق بين مقتضيات دورها كزوجة وربة منزل، وفي الوقت نفسه تحقيق الترابط الأسري من حيث علاقتها بزوجها وأبنائها وعلاقة الأبناء ببعضهم البعض، وما يصاحب ذلك من مشاعر الخوف والقلق من عدم قدرة الأم على الحفاظ على كيان الأسرة وتكاملها(دويدار، ١٩٩٨).

(د) الضغوط الانفعالية:

إن وجود طفل معوق في الأسرة يضاعف الضغوط الأسرية ويصبح بداية لسلسلة من الهموم النفسية التي قد لا تحتمل، وتبادلاً للاتهامات واختلاف الآراء، ولوم الذات والآخرين ويزيد من سيادة نزعات التشاؤم والانكسار النفسي، وتحطيم الثقة في الذات، وتعطيل للإرادة، فوجوده يهدد الاستقرار الانفعالي للأسرة.(قنديل،١٩٩٦).



وذهب البعض إلى أن ما تتعرض له بعض أمهات الأطفال ذوي الإعاقات من سوء التوافق، قد يرجع إلى ارتفاع مستوى الضغط النفسي الناتج عن إعاقة أحد الأبناء، يتضح ذلك من خلال ما يلاحظ من تعرض هؤلاء الأمهات إلى الكثير من الأمراض التي تجعلهن يترددن على الأطباء، وكذلك شعورهن المتزايد بالإرهاق نتيجة عدم أخذهن قسطاً من الراحة. (Wallander, Pitt, & Mellins, 199.:819)

إن مولد طفل ذو إعاقة فكرية، قد يولد الشعور باليأس والقلق والذنب لدى الأسرة، وقد يصبح في نظر كثير من الآباء رمزاً لنوع من العقاب حل بالأسرة، لما يكون قد ارتكبه الأب أو

الأم من ذنوب وآثام ويصبح تهديداً لآمال الآباء بالنسبة لأبنائهم في مثل هذه الحالات، قد يرفضونه الطفل ولا يتقبلونه، ويصبح منبوذاً منهم، وقد ينكرون الإعاقة الفكرية عنده، وقد نجد آباء آخرين اقل قلقاً وشعوراً بالذنب (حمزة، ١٩٩٢).

(هـ) الضغوط المعرفية (نقص المعلومات):

يحدث في أعقاب تشخيص إعاقة الطفل أن الضغط الذي يتحمله آباء الأطفال يؤدي إلى طرح أسئلة كثيرة عن الأبعاد الحقيقية وشدة إعاقة الطفل، وتختلف طبيعة تلك الأسئلة التي يطرحها الآباء وفقا للمتغيرات التي لها تأثير على الأسرة، ودرجة الإعاقة الفكرية، ومستوي إدراك الآباء وفهمهم لظروف طفلهم وقدرتهم على التغلب على الأعباء غير المتوقعة والمستمرة (ستيوارت، ١٩٩٦: ١٩٨- ١٩٩).



وتعد قلة المعلومات بشأن طبيعة المشكلة التي يعاني منها الطفل وأسبابها وكيفية التعامل معها، والتفكير المستمر في مآلها، والدراسة عن حلول لها. من بين أهم الضغوط التي يعيش تحت وطأتها آباء وأسر الأطفال ذوي الإعاقات، هذا إلى جانب عدم المعرفة بمصادر الخدمات المتاحة، وبرامج الرعاية العلاجية والتعليمية والتدريبية والتأهيلية المتوفرة (القريطي، ١٩٩٩: ٥٢- ٣٥).

وقد كشفت نتائج الدراسة التي أجراها الخطيب و الحسن (٢٠٠٠: ١- ١٥) أن الحاجة للمعلومات جاءت في مقدمة الحاجات الأكثر اهمية من وجهة نظر آباء الأطفال ذوي الإعاقات وأمهاتهم، وقد فسر القائمان على الدراسة ذلك على ضوء سببين اولهما: افتقار البيئة العربية للكتابات المرشدة لوالدي الطفل ذي الإعاقة، والسبب الثاني: يرجع إلى محدودية الخدمات التي تقدمها المؤسسات والمراكز ذات العلاقة في تزويد أولياء الأمور بالمعلومات من خلال الدورات والندوات وغير ذلك من الطرق التي تكشف عن طرق التعامل مع

سلوك الطفل وكيفية تعديله وطرق حل المشكلات المتعلقة بالطفل، والأساليب التي من شأنها أن تنهي قدراته المحدودة وما يجب ان يتوقعاه في المستقبل.

إن الحاجة للمعلومات في مقدمة الحاجات الأكثر اهمية من وجهة نظر آباء الأطفال ذوي الإعاقات وامهاتهم، وذلك يرجع إلى سببين هما:



الأول : افتقار البيئة العربية للكتابات المرشدة لوالدي الطفل المعوق.

الثاني : محدودية الخدمات التي تقدمها المؤسسات والمراكز ذات العلاقة في تزويد أولياء الأمور بالمعلومات من خلال الدورات والندوات وغير ذلك من أساليب التي تكشف عن طرق التعامل مع سلوك الطفل وكيفية تعديله وطرق حل المشكلات المتعلقة بالطفل والأساليب التي من شأنها ان تنمي قدراته المحدودة وما يجب أن يتوقعاه من الطفل في المستقبل.

استجابة أولياء الأمور للضغوط النفسية:

تعتمد طبيعة استجابات الأسرة للإعاقة على عدد من العوامل من شأنها مساعدتهم على التعايش مع الأزمة التي تسببها الإعاقة، ومن أهم هذه العوامل:

أ ـ **العوامل الانفعالية:** والتي تتمثل في العلاقات التي تربط بين افراد الأسرة فكلما كان أفراد الأسرة أكثر ارتباطًا ببعضهم البعض، وأكثر تماسكًا، كانت القدرة على التعايش مع الإعاقة أكبر.

ب ـ **العوامل الاجتماعية:** والتي تتمثل في الدعم الذي تتلقاه الأسرة من الأقارب والأصدقاء والجيران والزملاء في العمل وغيرهم. إن دعم هذه الأطراف لأسرة الطفل المعوق من شأنه ان يسهل عليها عملية التعايش مع حالة الإعاقة.

ج ـ العوامل الجسمية: وتشمل الأوضاع الصحية لأفراد الأسرة. فليس من شك في أن معاناة الوالدين أو أفراد الأسرة الآخرين من أمراض مزمنة أو مشكلات طبية سيجعل مهمة التعايش مع الأزمة التي تنجم عن إعاقة الطفل أمرًا بالغ الصعوبة.

د ـ العوامل المادية: فالإعاقة قد تستنزف موارد الأسرة المالية لذلك فإن عدم توافر الإمكانيات المالية الكافية قد يترتب عليه ضغوط تثقل كاهل أسرة الطفل المعوق.

مشاعر الأخوة تجاه أخيهم المعوق:

يحمل الأخوة و الأخوات لأخيهم المعوق العديد من المشاعر والأحاسيس التي قد توصف احيانا بالتضارب، وأحيانًا أخرى بالرفض والعدائية وذلك حسب طبيعة مواقفه معهم وهذه المشاعر والانفعالات يمكن الإشارة إليها وفق ما أورده الببلاوي (٢٠٠٤ ب) على النحو التالي:

(١) الخوف والقلق:

عندما يولد الطفل المعوق في أسرة ما، فإن الإخوة والأخوات العاديين لا يعرفون شيئًا عن إعاقة أخيهم ومدى تأثير هذه الإعاقة على حياتهم الخاصة. وسبب ذلك يرجع لكونهم صغار السن ويعتقدون أن الإعاقة هي عبارة عن مرض معد، و من الممكن أن يصيبهم عندما يكبرون على هذا النحو يبدأ القلق والخوف في الظهور لديهم كنتيجة مباشرة لوجود أخيهم معهم. أيضًا التفكير بالنسبة لقدرتهم على تنفيذ تطلعاته، كما يفكرون في إمكانية إقامة العلاقات والتزاوج وكيف يمكن التعايش مع هذا الوضع المقلق.

وربما يعاني الإخوة غير ذوي الإعاقات الصغار من القلق من أن يصبح أخوهم أعمى أو أصما في المستقبل، وربما يعتقد الإخوة أنه مادامت الإعاقة حدثت لأخ وأخت فمن الممكن أن تحدث لهم، كما يلجأ الأطفال الأصحاء إلى أن يظهروا شكاوي جسمية في محاولتهم لجذب انتباه والديهم. فمثلاً : بالنسبة لأخوة الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من الشائع أن يحدث لهم إحساس زائف بعدم القدرة على السمع كسلوك لجذب الانتباه، وأما بالنسبة لأخوة الأطفال مرضى الصرع فلديهم إحساس غير عادى بالخوف الذي لا مبرر له من أنهم سيتعرضون لنفس الاضطراب أو النوبات المرضية. وبانعكاس القلق من أن يصبح الأخ مريضًا أو معاقًا يمكن أن يشتكي من مشكلات

في النوم أو الشهية والصداع والألم بالمعدة، وفي بعض الأسر ربما تصبح الأعراض الجسمية أسلوبًا مرضيًا للتعبير عن الحاجة إلى الاهتمام.

وفي الحالات التي يحتاج فيها الأخ والأخت إلى عناية طوال العمر، فإن الإخوة والأخوات ينظرون بقلق إلى المستقبل. فهم قد يتخوفون من عدم القدرة على تدبير أمور رعاية الأخ المعوق من النواحي الجسمية او النفسية أو المالية، هذا إلى جانب ما ينتاب الأخوة من القلق بشأن زوج المستقبل فيما إذا كان سيقبل هذا الأخ المعوق أو يتحمله.

(٢) الغضب والمشاعر العدائية:

إن وجود طفل معوق في الأسرة قد يثير غضب الأخوة والأخوات ويشعرهم بالسخط على أخيهم المعوق وعلى الآباء والحياة ذاتها، ويكتشف الأخوة والأخوات أن عملية التأقلم مع هذا الوضع تؤدي إلى تعميق المرارة لديهم عندما يشعرون بأنه هو المتسلط على والديه والعائلة وبأنه يحق له أن يفعل ما يريد دون أن يعاقب على ذلك.

وسواء أخفى الأخوة هذه المشاعر، أو عبروا عنها بشكل جلي فإن شعورهم بالغضب والاستياء يتوقف على عدد من العوامل، هي:

- عدد وجنس الأطفال في الأسرة.
- التكيف العام الذي حققه الآباء مع ظروفهم الخاصة.
- المدى الذي يستفيد فيه الأخ المعوق من وجود أخيه غير المعوق.
- المدى الذي يضطلع فيه الطفل بدور أساسي لتقديم الرعاية في نطاق الأسرة.
- المدى الذي تستنزف بسببه الموارد المالية للأسرة من جراء احتياجات الطفل المعوق.
- المدى الذي يمكن من خلاله أن يقيد الطفل المعوق حياة أخيه الاجتماعية، أو أن يعتبر مصدرًا للارتباك.
- ما يتطلبه الطفل المعوق من وقت واهتمام زائد من الوالدين، والمدى الذي به يسلب الوقت من الأخوة الآخرين.

إن إعاقة الطفل قد تعطيه الامتيازات الخاصة التي ربما لا يحصل عليها الأطفال العاديين مثل الاهتمام والعناية الخاصة، والحقوق المميزة، لذلك فإن الكثير من الإخوة والأخوات العاديين

يتذكرون ماذا حدث معهم في مرحلة الطفولة بالمقارنة مع المعوق، وهذا في حد ذاته يثير لديهم الغضب نحو الأخ و الوالدين في نفس الوقت، وقد يتولد ذلك نتيجة الشعور بالعداء والخصومة و الذي هو شعور طبيعي تمامًا، حيث ينظر الأطفال إلى الأمور والأحداث بمنظور غير موضوعي في العادة. فهم ينظرون إلى الحدث من خلال كيفية تأثير الحدث (الإعاقة في هذه الحالة) عليهم. حيث أنهم ينظرون إلى أخيهم المعوق وليس إلى الإعاقة كمصدر لمشكلاتهم. هذه المشاعر قد تأخذ صورة الاعتداء الجسمي أو اللفظي في بعض الأحيان أو قد يوجه العداء نحو الوالدين من خلال التمرد و العناد والعصيان. وقد يشعر أخوة الأطفال ذوي الإعاقات بمستويات شديدة من الغضب بسبب طبيعة ردود فعل الغرباء أو الجيران والأقارب والأصدقاء لحالة الإعاقة. كذلك قد يترك الشعور بالإهمال وبعدم الحصول على التقدير للإنجازات أثرًا بعيد المدى على الأخوة.

(٣) تحمل المسئولية:

إن وجود الطفل المعوق في الأسرة يتطلب الكثير من الوقت والمال والجهد والقدرات النفسية، لأن الأخوة يقومون بلعب دور الآباء، والذي من الصعب القيام به في مثل عمرهم المبكر ولأنهم غير مستعدين جسديًا ونفسيًا، ولذا فإن تحمل الأخوة لمثل هذه المسئوليات قبل وصولهم إلى النضج والاستعداد من الممكن أن ينقل الطفل سريعًا عبر مراحل النمو الضرورية للنمو السوي، إضافة إلى حرمانه من العلاقات والخبرات المهمة، حيث أن ملاحظة الوالدين تعمل على تعزيز الشعور بالذنب والخوف لدى الأطفال في بعض الأحيان.



ويلعب الوضع الاقتصادي الاجتماعي دورًا في حجم المسئولية التي قد يتحملها الأخوة العاديون (الأسوياء) فكلما كان الوضع الاقتصادي للأسرة أفضل كانت قدرتها على توفير المساعدة اللازمة من خارج الأسرة أكبر.

(٤) الحسد والغيرة:

إن مشاعر الغيرة قد تظهر عندما يكتشف الأخوة والأخوات أنهم فقدوا الحظوة لدى الوالدين. وبعض الأخوة والأخوات قد يلجأ إلى سلوك غير مقبول في محاولة لجذب اهتمام وانتباه الوالدين.

إن الأمر صعب بالنسبة لأخ أو أخت الطفل المعوق. فهم لا يفهمون سبب قضاء الوالدين وقتًا طويلاً جدًا مع طفل واحد. وكثيرًا ما يشعرون بالغيرة، فاليوم ليس فيه سوى أربع وعشرون ساعة، وكثيرًا ما يستهلك الطفل المعوق معظم تلك الساعات. وقد يجد الأطفال العاديون أنفسهم مرغمين على مساعدة أخيهم المعوق.

(٥) الشعور بالذنب:

قد يشعر الأخوة والأخوات العاديين بالذنب- إلا إن هذه المشاعر تختلف عن مشاعر الذنب التي يظهرها الآباء والأمهات - فمشاعر الذنب التي يبديها الأخوة والأخوات قد تظهر نتيجة شعورهم السلبي تجاه أخيهم المعوق وقد تظهر هذه المشاعر نتيجة إساءة معاملتهم لهذا الطفل. وربما يعيش الأخوة حالة من الشعور بالذنب المستمرة بسبب ما يعيشون فيه من حالة صحية عادية مقارنة بإخوانهم ذوي الإعاقات، أو ما يتمتعون به من مميزات، والسبيل الوحيد للتخفيف من هذا الشعور بالذنب هو القيام برعاية الأخ المعوق، إن الخطر يكمن عندما يظل الأخ العادي في خدمة أخيه المعوق لفترة كبيره من حياته، بسبب قسوة الشعور بالذنب أو رغمًا عنه.

كما إن مشاعر الذنب التي تتملك الأخوة يمكن أن تؤدي إلى أفكار انسحابية واكتئاب، وأفكار انتحارية، أو سلوك عدواني وتدمير للذات، وقد تؤدي إلى التأخر في الأداء المدرسي وتدعيم هذه المشاعر بلا هوادة من جانب الوالدين، ما لم يسمح للفرد بأن يعبر عن مشاعره بالإحساس بالذنب وربما يعمل الوالدان على كبت مشاعر أبنائهم بتأكيد موقفهم بصوره متسرعة وغير متفهمة فأحيانًا يؤمن الوالدان أنه بالتحدث عن المرض أو الإعاقة سوف يشعر الابن بالاستياء، بينما يعاني الابن فعلاً من الهم والقلق والإحساس بالذنب ويحتاج إلى أن يعبر عن هذه الانفعالات.

وفي معظم الحالات يكون الشعور بالذنب نتيجة مباشرة للحسد الذي ينتابهم بسبب الاهتمام الزائد المبالغ فيه من قبل الأسرة بالأخ المعوق، مما يجعلهم في بعض الأحيان يتهمون انفسهم وكأنهم السبب في إعاقة الأخ أو الأخت. ربما يؤدي الغضب والحسد إلى الإحساس بالذنب تجاه الأخ المعوق من ناحية أخرى، كما أن اهتمام الوالدين الزائد بالمعوق يولد الغضب عند العاديين وفي حالة زيادة هذا الاهتمام يشعر الأخوة بالوحدة مما يجعلهم يعتقدون ان العالم من حولهم ينتظر منهم حب وتقبل أخيهم وهم يشعرون في معظم الوقت أنهم لا يستطيعون الوصول إلى هذه الدرجة من المحبة والقبول.

(٦) الانعزالية:

إن عدم التواصل الذي يحدث داخل الأسرة كأحد النتائج المترتبة على إعاقة الطفل من الممكن ان يسهم في زيادة الشعور بالوحدة التي يشعر بها الأخوة العاديون، فقد يشعر الأخوة ان بعض الموضوعات محرمة عليهم وأنه يجب عليهم كبت المشاعر السلبية تجاه أخيهم المعوق.

فربما يشعر الأخوة بأن هناك موضوعات معينة تعد منطقة محرمة ولا يجوز لهم الحديث عنها وإن الشعور بالقبح والعار يظل مستترًا ، ويرغم هؤلاء بالتالي على الدخول في حالة خاصة من الوحدة- وهو الإحساس بالانعزال عن هؤلاء الذين يشعر المرء بأنهم اقرب الناس إليه. فالأعراف الضمنية والتعاليم الصارمة داخل الأسرة قد تحرم مناقشة قضية ما، وتمنع الأخوة العاديين باستمرار من إظهار ان الأمور ليست كما تبدو وبالنسبة لبعض الآباء، فمناقشة إعاقة الابن مع الأخ غير المعوق تمثل تهديدًا تمامًا كالتحدث في الموضوعات الجنسية.

هذا إلى جانب أن زيادة المسؤولية لدى الأخوة والأخوات في مساعدة أخيهم المعوق يمكن أن تؤدي إلى عزل الأخوة العاديين عن زملائهم، لأن اعترافهم بالإعاقة التي يعاني منها أخوهم تعزز لديهم الشعور بأنهم يختلفون عن أسر أخرى، مما يشعرهم بالتوتر طول الوقت ويجعلهم في حالة تساؤل دائم، هل يقومون بإشراك أخيهم المعوق في الأنشطة الاجتماعية التي يقومون بها أم لا .

دعم ومساندة المهنيين Professional Support

أو ما يعرف بالمساندة الرسمية وهي تلك التي يقدمها عدد من المتخصصين ومنهم:

(١) **الأطباء:** الذين يقدمون لأسر الأطفال ذوي الإعاقات معلومات حول التشخيص الطبي للحالة.

(٢) **الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون:** الذين يقدمون للآباء معلومات تتعلق بالتشخيص النفسي، ومساعدة تلك الأسر على التوافق مع إعاقة طفلهما.

(٣) **المربون:** الذين يقدمون لهذه الأسر معلومات حول قدرات الطفل التعليمية والمهارات التي يستطيع اكتسابها. فالمشكلات اليومية التي تواجه والدي الطفل ذي الإعاقة تتطلب وجود مهنيين لديهم القدرة الكافية على فهم نظام الأسرة وردود أفعالها، ويتمتعون بقدرة كبيرة على تحقيق حاجات تلك الأسر ومساعدتها في شتي المجالات سواء كانت في النواحي التشخيصية أو في النواحي النفسية والاجتماعية، أي باختصار تقديم الدعم والمساندة اللذين تحتاجهما تلك الأسر.

عادة ما يكون لأسر الأطفال ذوي الإعاقات تفاعلات متكررة مع الأطباء والأخصائيين النفسيين والمعلمين وأخصائيي التخاطب والعلاج الطبيعي والمهنيين الآخرين، للحفاظ على أداء الطفل لوظائفه، غير أن أغلب هذه الخدمات تركز على الطفل وليس على الأسرة. وغالبا ما تشعر الأسرة بأنها مغمورة بالمطالب من جانب هؤلاء المهنيين أكثر من شعورها بالمساندة والدعم منهم (روزماري، ديبي مورنج، ٢٠٠٠: ١٠١).

لهذا فإن العلاقة بين آباء الأطفال ذوي الإعاقات والمهنيين معقدة ومليئة بالمشاحنات، وقد أرجع السرطاوي وسيسالم (١٩٩٠: ٢٠٤) ذلك لسببين رئيسيين :

السبب الأول: يتعلق باتجاهات المتخصصين نحو أولياء الأمور وما يسودها من اعتقاد بعدم قدرتهم على فهم طبيعة الإعاقة أو التعامل معها، ولذلك فهم لا يصدقون




ما يقوله أولياء الأمور ولا يكترثون به لاعتقادهم أن تلك الاتجاهات مبالغ فيها وأنها تمتزج بالعواطف والمشاعر الذاتية.

السبب الثاني: يتعلق بالاتجاهات السلبية لدى بعض أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات نحو المهنيين وذلك بسبب عدم مراعاة المهنيين في الغالب لمشاعر أولياء الأمور وأحاسيسهم.

وهذا ما كشفت عنه أيضا نتائج دراسة السرطاوي (١٩٩١) من ان سوء العلاقة بين المهنيين وأسر ذوي الإعاقات، ترجع إلى:

(١) عدم ثقة تلك الأسر في المعلومات المقدمة من قبل المهنيين وخاصة معلومات التشخيص.

(٢) أن المعلومات تقدم لهم بطريقة فظة تخلو من المشاعر العاطفية والوجدانية، مما يكون سببًا في إحداث خبرات سيئة لدى الوالدين.

وفي المقابل لا يمكن إلقاء مسئولية إخفاق العلاقة بين المهنيين وأسر الأطفال ذوي الإعاقة على المهنيين وحدهم، وإنما قد يرجع ذلك إلى نمط سلوك الوالدين واتجاهاتهم السلبية وعدم رغبتهم في التسليم بواقع المشكلة أو الإعاقة التي يعاني منها طفلهم. وذلك بسبب اعتبار أن وصم الطفل بالإعاقة وعزله من أكثر المخاوف التي تعاني منها تلك الأسر؛ لما يترتب على ذلك من ردود فعل ذات تأثير سلبي على كل من الطفل وأسرته.(Macy ,et al.,1983:448)

وعلي أي حال، فإن التقارير حول أنماط التفاعل بين آباء الأطفال ذوى الإعاقة من ناحية والمهنيين من ناحية أخرى لا تخلو من إشارات إلى أن بعض المهنيين كانوا بمثابة مصادر مساندة رائعة للآباء، وذلك بما يقومون به من إصغاء لهموم الآباء، وتزويدهم بالمعلومات التي يحتاجون إليها، ومساعدتهم على التكيف. فمجرد توفير

برنامج خدمة مناسبة للطفل في بعض الأحيان، قد يشكل مصدر دعم ومساندة هائل للآباء (الخطيب، والحديدي، والسرطاوي، ١٩٩٣: ٧٣).

مبررات تدريب أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة :

يعتبر آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة هم الممثلون الأساسيون في التغيرات الفاعلة في حياة أطفالهم، وذلك إيمانًا بما يسهمون به من مسؤولية مع المعلمين تجاه التعليم الأكاديمية والاجتماعية لأطفالهم، ويتضاعف تأثير دورهم إذا تم تدريبهم على كيفية التعامل مع الطفل والمجالات ذات العلاقة بوضع الأسرة الجديد في ضوء إعاقة أحد افرادها.

وفيما يتعلق بالمجالات التي يحتاج آباء المعوقين التدريب فيها :

(١) مجال يتعلق بعمل الآباء مع الطفل: فالآباء في حاجة إلى التعرف على طرق وأساليب تربية وتعليم أطفالهم، ومراحل نموهم، واحتياجاتهم والطرق الخاصة بالتعامل مع الطفل المعوق، وطرق التعزيز وكيفية تكوين بيئة فعالة للطفل.

(٢) مجال يتعلق بالمجتمع : فالآباء في حاجة إلى التعرف على البرامج الخاصة بأطفالهم، والخدمات المجتمعية المتوفرة مثل المدارس، مراكز الإعاقة، النوادي،.. الخ.

(٣) مجال يتعلق بالدعم : فالآباء في حاجة للتدريب لكي يصبحوا أكثر قدرة على دعم طفلهم المعوق.

وقد ترجع الحاجة إلى تدريب الآباء في المجالات السابقة إلى ما يلي :

(١) حاجة الآباء إلى نظام تعليمي مخطط له من أخصائيين يسهم في تغير أساليب تعاملهم مع أطفالهم المعوقين

(٢) حاجة الآباء إلى الفرص التي تتيح لهم التحدث مع الاختصاصيين والأسر الأخرى حول أساليبهم في التعامل مع طفلهم ومشكلاته

(٣) تتيح البرامج التدريب للآباء الفرص لطرح الأسئلة والحصول على اجوبة عنها من ذوي العلاقة بالطفل.

في ضوء ما سبق يمكن القول أن مبررات بإعاقة الطفل دور الآباء في تربية وتعليم الطفل:

(١) إدراك المهتمين وذوي العلاقة بإعاقة الطفل دور الآباء في تربية وتعليم الطفل

(٢) حاجة الآباء إلى إعادة تدريبهم حول ما يتطلبه تربية الطفل المعوق

(٣) إتاحة الفرص للآباء للحوار مع المختصين حول محاولاتهم الناجحة والفاشلة لضبط سلوك الطفل

(٤) إتاحة الفرص للآباء للحصول على الإجابات الملائمة لاحتياجاتهم

(٥) مساعدة الآباء على تبني خطة تربوية تساعدهم على تغيير انماط تفاعلهم

تعتبر البرامج التدريبية فرصة للآباء للتعرف على الأسر الأخرى التي لديها أطفال معوقين ولديهم مشكلات مثل مشكلات طفلهم ومحاولات تلك الأسر الناجحة والفاشلة.

دور المهنيين في خفض الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة:

أشار الشناوي (١٩٩٨) إلى الدور الوقائي للمساندة الاجتماعية وأثرها المخفف لنتائج الأحداث الضاغطة والتوترات، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الأحداث تبعًا لتوفير مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كما ونوعًا، كما اوضح أن المساندة الاجتماعية تقوى شعور الفرد بذاته وقيمته وكفايته، اي أنه إذا تلقى الفرد مساندة مستمرة توفر له شعورًا بالأمن وتدعيم الذات لديه يصبح أقل تعرضًا لعوامل التوتر عن الفرد الذي لم يتلق مثل هذه المساندة.

ولقد ارتبطت الضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة بانخفاض المساندة الاجتماعية وخاصة المساندة غير الرسمية، وأن برامج التدخل المبكر المقدمة لهؤلاء الآباء لمساعدة أطفالهم تشكل نوعًا من المساندة التي تخفف من وطأة الضغوط النفسية لديهم (Hastings & Johnson, 2001).

وفي مجال المقارنة بين المجتمعين الكوري والأمريكي أظهرت نتائج دراسة شين Shin (٢..٢) أن الأمهات الكوريات يدركن الضغوط بشكل أكبر من الأمهات الأمريكيات، ويرجع ذلك من وجه نظر "شين" إلى أن الأم الأمريكية تعتمد أكثر على المساندات الاجتماعية المتخصصة، وذلك بسبب توفر الدعم المادي الحكومي والقوانين التي تحمي حقوق المعاقين.

واكدت دراسة كرامر وبلاشر Kraemer & Blachar (2..1) على أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية والخدمات المساندة المصاحبة والمقدمة لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية. وهذا ما أكدته دراسة كينج وكينج وروزينبوم King , King, & Rosenbaum (1999) أن تقديم الخدمات المساندة الرسمية ترتبط بانخفاض الضغوط النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقات. وهذا ما أوجزه " ثويتس" (Thoits, 1995) في تلخيصه للجوانب الوظيفية للمساندة فيما يلي: أن المساندة لها آليات عمل تزيد من الجوانب الايجابية في الشخصية الاجتماعية. كما أنها تزيد من العلاقات الحميمة لدى الفرد وتقلل من تأثير خبرات المواقف الضاغطة. وترتبط المساندة الاجتماعية الوجدانية (العاطفية) مباشرة بالصحة العقلية والبدنية وتقلل من فرص الإصابة بأمراض نفسية. وتساعد آليات عمل المساندة الوظيفية على إعادة تفسير المتطلبات الموقفية، وتدعيم تقدير الذات والإحساس بالهوية وزيادة القدرة على التحكم والسيطرة على المواقف الضاغطة.

ولهذا يرى كل من كارنس وتيسكا Karnes & Teska (١٩٨٠) أنه من الضروري توفر مجموعة مهام يقوم بها الاختصاصيون لتشجيع مشاركة الآباء في برنامج المعوق من أهمها ما يلي :

(١) قدرة الاختصاصيون على بناء علاقة وطيدة بينهم وبين والدي الأطفال، ولتحقيق ذلك يجب توفر عنصرين أساسيين هما : دعم الوالدين واحترام آرائهم، واحتياجاتهم بشكل واضح

(٢) يجب على الاختصاصيين أن يكونوا قادرين على تدريب والدي الأطفال على الطرق الملائمة للتعامل مع أطفالهم، ومساعدتهم في تعلم الطرق المتبعة لتعليمه.

(٣) قدرة الاختصاصيين على العمل مع جميع أفراد الأسرة بما فيهم اخوة الطفل والقدرة على التعرف على احتياجاتهم بطرق علمية صحيحة دون اللجوء للتخمين.

(٤) يجب على الاختصاصيين أن يكونوا قادرين على إمداد والدي الأطفال بمعلومات واضح ودقيقة تتلاءم مع قدراتهم ويفضل ان تكون مصحوبة بأمثلة للإيضاح.

(٥) اهمية إدراك الآباء للتغذية الراجعة لآثارها الإيجابية في نمو وتطور الطفل.

ومن الأدوار التي يقوم بها المهنيون تجاه أولياء أمور الأطفال المعوقين ما يلي:

(١) تقديم المعلومات:

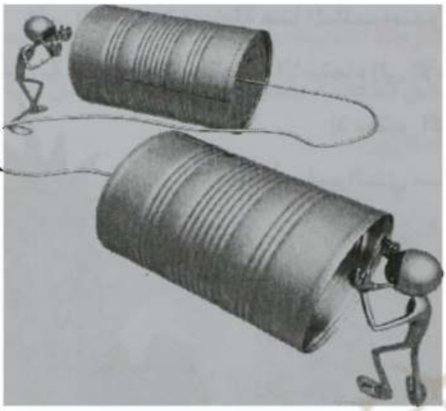


إن المعلومات الخاطئة، والافتقار إلى المعرفة، وسوء فهم المعلومات كلها تؤدي إلى شعور الآباء بالذنب والخوف والغضب والمسئولية والارتباك . وقد سبقت الإشارة إليها ـ ولذلك يجب أن تقدم المعلومات التي تتعلق بحالة طفلهم ذي الإعاقة بطريقة تنسجم مع الفهم المعرفي للآباء، فقد يحتاج الآباء إلى سماع تلك المعلومات لمرات عديدة وبطرق مختلفة لفهم وتمثل المعلومات الحقيقية والواقعية، ومشاركة الأطفال في الحوارات الأسرية العادية المتصلة بالطفل المعوق وبحاجات الأسرة، حيث ان ذلك قد يكون طريقة طبيعية لتقديم معلومات واقعية، ويمكن أيضًا دعوة الآباء لحضور الندوات واللقاءات التي تتعلق بإعاقة طفلهما.

(٢) دعم المشاعر:

قد يشعر الآباء بالحزن نتيجة عدم وجود من يشاركهم افكارهم او نشاطاتهم، وقد يشعرون بالحرج من الطريقة التي ينظر بها الآخرون إليهم، ويستطيع المهنيون تقديم المساعدة للآباء، ودعم مشاعرهم عن طريق التحدث بانفتاح عن المشاعر التي قد تتولد من وجود طفل معاق.

(٣) التواصــل:



إن عـدم التواصـل بـين المهنـيين والآباء حول إعاقة الطفل قد يسهم في تعميق شعورهم بالوحدة والدونية التي يشعرون بها. فقد يشعر الآباء أن المشاعر السلبية غير مسموح بإظهارها وذلك يقودهم إلى شكل من أشكال الوحدة والانفصال عن الأشخاص الأخصائيين. وغالبًا ما تتخذ القرارات بشأن الطفل ذي الإعاقة دون مناقشات مسبقة أو تفسيرات للآباء، غير أنه من المفيد عمومًا إجابة أسئلة الآباء بأقصى درجة ممكنة من الصدق اعتمادًا على ثقافة الوالدين ومستوى تعليمهم. ويبدو أن ثمة اتفاق على أن الأطباء يجب أن يبادروا بمناقشة أولياء الأمور حول الإعاقة لدى طفلهم في وقت مبكر بعد تشخيص الحالة.

(٤) توفير الخدمات :

ويكون ذلك بتوفير الجو المناسب مع تهيئة الظروف المواتية لتنشئة المعوقين التنشئة الاجتماعية التي تتمشى وروح المجتمع وإتاحة جميع الفرص لهم لإحساسهم بالسعادة لتوفير فرص الخدمات الاجتماعية التي تحتاجها كل فئة من فئات المعوقين من أماكن عامة وأندية ومنتزهات وتوفير المهنيين الاجتماعيين المتخصصين في العمل مع المعوقين لدراسة حالاتهم والاتصال بالأسرة والمؤسسات التعليمية والمؤسسات الصحية التي قد يحتاجون إليها للحفاظ على سلامتهم وعدم تعريضهم للأخطار حتى تتكاتف جميع الجهود للوصول إلى الغرض المنشود عن طريق الرعاية التي تقدم لهم في جميع المجالات والأوقات.

ولقد أوضح عبد الله (١٩٩٩) أن هناك بعض الواجبات التي ينبغي على الأخصائي النفسي المدرسي أن يضعها في اعتباره عند التعامل مع والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومنها:

(١) كن مستمعًا جيدًا :

على الرغم من بساطة هذا المطلب وسهولته، إلا أنه من المهارات التي يفتقدها الكثير من العاملين في المجالات التي تتطلب الاستماع إلى الآخرين.



إذ يعتبر الاستماع من أهم عناصر العلاقة الإرشادية. انه الأساس الذي ستبني عليه العلاقات. ويتضمن قيمة علاجية عالية. إن الاستماع الحقيقي ليس من المهارات سهلة الاكتساب. فالاستماع ليس بالعملية الآلية خاصة في مجال تقديم المساعدة الإرشادية، إن عليك (كمرشد) أن تكون واعيًا ومدركًا للأسلوب أو الكيفية التي يتحدث بها المسترشد (والدا الطفل المعاق في هذه الحالة) ونعني بالأسلوب هنا الإشارات والإيماءات التي يستخدمها الوالدان أثناء الحديث. كما عليك أن تكون واعيًا للأشياء التي لا تقال والتي تختفي تحت السطح ويمكن الاستدلال عليها. إن هذه المهارات يطلق عليها الأذن الثالثة. بالاستماع إذن يجب أن يكون للرسائل اللفظية وغير اللفظية خاصة عندما نتعامل مع أسرة الطفل المعاق والتي تحمل الكثير من الشعور بالضغوط النفسية والوقوع تحت وطأة الإحباط. إن الأخصائي الكفء هو الذي يستطيع أن يدرك ما يقول المسترشد وما يشعر به. إن بإمكانه التركيز على الاتجاهات والأحاسيس. الاستماع إذن إنما هو عملية فعالة تهدف إلى الاستجابة للرسالة الكلية.

(٢) ساعد الوالدين لتقبل الطفل المعاق كما هو :

إن الطفل المعاق بحاجة إلى الشعور بالتقبل كفرد له قيمة من قبل الآخرين ومن قبل ذاته أيضًا. وإذا فشل الوالدان في توفير هذا الشعور للطفل فان من شأنه ذلك أن يخلق إحساسًا سلبيًا لدية. وقد يسعى للبحث عن هذه الحاجة وإشباعها عند الآخرين وقد يسلك سلوكًا غير مقبول كنتيجة لهذا الحرمان.

ولذلك ينبغي على الأخصائي النفسي ان يساعد الوالدين لتقبل الطفل المعاق كما هو واعتباره طفلاً بالدرجة الأولى ومعاقًا بالدرجة الثانية. ومن الأهمية بمكان أن يسعى الأخصائي النفسي إلى تبصير الوالدين بالحقائق المتعلقة بنمو ونضج هذا الطفل وانه قد يختلف في سرعة ومعدل نموه، بالمقارنة بأقرانه العاديين.



انه لأمر مفيد للوالدين ان يدركا ابعاد مشكلة طفلهما المعاق من خلال بعض المعلومات المبسطة التي يقدمها الأخصائي النفسي. ذلك إن توضيح صورة الطفل ومدى قدراته وإمكاناته سيساعد الوالدين على رسم صورة حقيقية لطفلهما وتوقع الممكن من الإنجازات وتجنب الاحباطات المحتملة نتيجة التوقعات غير الواقعية والتي ستنعكس على سلوكهما وأسلوب معاملتهما لطفلهما المعاق، ومن بين الإجراءات التي تساعد الوالدين على التكييف مع الوضع.

- ساعد الوالدين ليكونا أكثر موضوعية مع الطفل ومع إعاقته.
- ساعد الوالدين ليكونا أكثر قدرة على التنبؤ بسلوك الطفل المستقبلي (ما هي انواع السلوك التي سينجح الطفل في التغلب عليها وتلك التي يتوقع أن تظل مع الطفل).
- ساعد الوالدين على تبني بعض الوسائل والأفكار للتعامل مع المواقف المختلفة والشائعة لدى الأسر التي لديها أطفال ذوي إعاقات.
- ساعد الوالدين (وكذلك جميع أفراد الأسرة) ليدركوا أن الطفل المعاق لدية نفس الحاجات الجنسية، والفسيولوجية، والترفيهية والتربوية التي يحتاجها الأطفال العاديون.
- ساعد الوالدين على اكتشاف جميع المصادر المتوفرة في المجتمع والتي يمكن أن تقدم الخدمات للأطفال المعاقين (عيادات، مراكز تقويم، جماعات أو رابطة الأهالي، ورش عمل أو مؤسسات تعليمية للأطفال ذوي إعاقات).

❖ ساعد الوالدين على عمل أو تصميم وسيلة لمتابعة الأمد تقدم الطفل في تحقيق الأهداف القريبة والبعيدة الأمد التي سترسم له.

(٣) تذكر.. انك تتعامل مع أناس يحملون مشاعر الإحباط.. والألم :



على الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي أن يدرك الذين يتعامل معهم بشر قابلية بشكل كبير أن يجرح كبرياؤهم ولديهم قبلية كبيرة للإحساس بالذنب، كما يجب أن يكون الأخصائي على بصيرة بأن آباء وأمهات الأطفال المعاقين بشكل عام يحملون الكثير من المشاعر غير السارة وخبرات الإحباط والشعور بالذنب. إن ذلك يستوجب تعاملاً خاصًا لا يجرح كبرياؤهم ولا يعمق من مشاعر الذنب لديهم والإحساس بالمرارة لديهم. تذكر انك كأخصائي لا يمكنك أن تطلب من الوالدين أن يغيرا من شخصيتهما ويتقبلا الأمر الواقع بإصدار (الأوامر) إليهما. إن التقبل والتغير والنضج يأتوا مع الزمن إذا نجحنا في منح أسر الطفل المعوق شيئًا من الأخلاق والكرامة والحقوق الإنسانية.

(٤) ساعد الوالدين على التخلص من مشاعر الذنب :

قد ينتاب بعض الآباء والأمهات شعور بأنهم قد ارتكبوا ذنبًا وأن الله قد عاقبهم على ذلك. ولذلك من المهم التعامل مع هذه المشاعر التي يمكن أن تكون وخيمة العواقب. وينبغي أن يقوم الأخصائي النفسي بتبصير الوالدين ببعض الحقائق الأساسية عن الإعاقة التي يعاني منها طفلهم إذا لمس واستنتج منهما إحساس بالذنب. وذلك أنه عندما تسيطر مشاعر الذنب على الإنسان فإنه لا يخضع أفكاره للتفكير المنطقي وقد لا يقبل النقاش. ومن المهم في هذه المرحلة أن يقوم الأخصائي أو الأخصائي النفسي بتبصير الوالدين بحقيقة مشاعرهم وتوضيح أنه من الطبيعي أن يشعر الإنسان بالذنب في مثل هذه المواقف. كما إن مشاعر الذنب ليست بالضرورة

غير منطقية وغير مناسبة، وهي ايضًا ليست بالضرورة مدمرة. إلا انه من المهم أن يعي الوالدان حقيقة مشاعرهما ليصبح بإمكانهما تجاوزها.

إن مناقشة إعاقة الطفل والأسباب التي أدت إليها بصورة مبسطة وسهلة (عندما يكون ذلك ممكنًا) ستزيد من وعي الوالدين بهذا الجانب وهي أمر لا يساعد فقط على التقليل من شعور الوالدين بالذنب والخجل. بل سيساعدهما على تجنب إلقاء كل طرف (الزوج والزوجة) اللوم على الطرف لآخر أو إلقاء اللوم على الطبيب أو المدرس أو الأخصائي النفسي. وباختصار فإن الوعي بأبعاد المشكلة يجعل التعامل معها أكثر سهولة أو أقل صعوبة.

(٥) اللقاء مع الوالدين.. اجعله مثمرًا إلى أقصى درجة ممكنة:

الواقع انه على الرغم من أن اللقاء مع والدي الطفل المعاق يكاد يكون أمرًا سهلاً واعتياديًا للأخصائي النفسي، إلا إن هذه السهولة قد تنسينا الكثير من الأمور والاعتبارات التي يجب أن يهتم الأخصائي النفسي بها حتى تكون مقابلة الوالدين مثمرًا ومن هذه الأمور:

- ❖ تذكر دائمًا أن كل والد أو والدة إنما هو شخص يحمل أفكارًا واتجاهات خاصة عن الطفل، والمدرسة، والمجتمع، والحياة بشكل عام. وهذه الأفكار لن تكون بالضرورة مشابهة لأفكار الآخرين.
- ❖ استمع إلى الوالدين استماعًا ايجابيًا نشطًا.
- ❖ قرر مسبقًا ومنذ البداية ما الذي ستتم مناقشته مع الوالدين.
- ❖ لا تحاول تسجيل المعلومات التي يقدمها الوالدان ما لم يتم الاستئذان منهما، واشرح الهدف من تسجيل الملاحظات.
- ❖ ابدأ اللقاء واختتمه بملاحظات إيجابية ومشجعة عن الطفل المعاق.
- ❖ لا تدفع الوالدان إلى الحديث بسرعة.. أنهما بحاجة إلى الوقت للاسترخاء والكشف عن كوامن النفس.
- ❖ حاول أن تكون متفقا مع وجهة نظر الوالدين كلما كان ذلك ممكنًا.
- ❖ حاول أن يكون شرحك للوضع مفهومًا من قبل الوالدين.

- ❖ حاول أن تجعل الوالدان يشعران بأن اللقاء كان مثمرًا وإيجابيًا، وأنه قد تم وضع الخطوط العامة للقاءات قادمة.
- ❖ قدم للوالدين نصيحة عملية واحدة على الأقل والتي يمكن من خلالها مساعدة الطفل داخل المنزل.
- ❖ ساعد الوالدين على إدراك إن مساعدة الطفل إنما هي عملية مشتركة بين المدرسة والمنزل.

إلى جانب ما سبق، أوضح قنديل (١٩٩٦) أنه على الأخصائي عند إرشاده لأسرة الطفل ذي الإعاقة أن يراعي المبادئ الأساسية التالية :

(١) أن مشكلة الطفل ذي الإعاقة هي مشكلة الأسرة كلها، وعلى الأخصائي النفسي أن يتبنى اتجاهات واقعية نحو الأسرة، وأن يتفهم مشكلاتها وهمومها ومشاغلها الأخرى.

(٢) التعرف على هموم أسرة الطفل المعاق من وجهة نظرها، لأن كثيرا من العلاقات المهنية بين الأخصائيين والأسرة تفشل مبكرا لأن الأخصائي النفسي عجز عن التعرف الصحيح على مطالب الأسرة الحقيقية.

(٣) الا يفترض الأخصائي النفسي أنه يفهم الطفل المعاق ومشكلاته أكثر من والديه، حيث أن العلاقة البناءة بين الأخصائي والأسرة تعود بفوائد إيجابية على الطفل، والأسرة، وعلى جهوده هو ذاته.

(٤) ضرورة التركيز على تحرير الوالدين من المشاعر السلبية، وردود الأفعال المرضية لأن اي محاولة لتعديل وتنمية سلوك الطفل ذي الإعاقة لن يكتب لها التحقق دون دعم الوالدين وتعاونهما، وهذا يستلزم ان يأخذ الأخصائي النفسي العوامل الانفعالية للأسرة في حساباته.

(٥) تنمية مصادر مقاومة الضغوط النفسية، والتي تساعد الآباء في الحفاظ على سلامتهم النفسية والجسمية أمام الضغوط، وذلك من خلال تنشيط عملية المبادأة، ودعم روح التحدي، وإشعار الفرد بقيمته، وتنمية كفاءته واقتداره، ورفع استعداده لتحمل المسئولية.

(٦) ان يأخذ الأخصائي النفسي في اعتباره، ان أسرة الطفل ذو الإعاقة أسرة مأزومة نفسياً. ولذا لابد من إتاحة الفرصة كاملة ودائمة أمام الوالدين للتعبير عن مشاعرهما وأن نحترم تلك المشاعر رغم عدم منطقيتها، مع توفير قدر كاف من التعاطف مع ضعفهم البشري.

(٧) مساعدة الوالدين على تبني انماط تفكير واقعي، وعلى قبول تقييم عقلاني ومرن للواقع، والعمل على تطوير الممكن والمتاح، وترشيد الطموحات الوالدية، في ضوء أهداف واقعية، وتنمية قدرتهم على تحمل الأخطاء، والتعايش مع الصعوبات.

(٨) دعم الصلابة النفسية للوالدين كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الأحداث الضاغطة، ويتم ذلك من خلال التوكيد والتدريب على عملية الضبط الداخلي، ودعم العوامل الاجتماعية المهمة في المساندة، والتي تعمل كعوامل مخففة او معدلة، أو واقعية لضغوط الواقع.

(٩) مساعدة الوالدين على فهم واستيعاب الحقائق الآتية بشأن طفلهما:

- فهم معنى الإعاقة في نطاق الحالة الخاصة لطفلهما.
- فهم درجة إعاقة طفلهما، وما تعنيه في المستقبل.
- فهم قدرات وإمكانيات طفلهم وحاجاته وصعوباته.
- تقدير تأثير هذه الإعاقة على حياة الأسرة، وعلى أخوته في الأسرة، وعليهم كآباء، وعلى درجة توافق الأسرة مع جيرانها.
- التمييز بين إعاقة الطفل، وبين سلوكه كحقيقتين مستقلتين، وأن سلوك الطفل يمكن تعديله وتخفيف سلبياته بواسطة إستراتيجية تربوية مناسبة، على حين أن الإعاقة أمر لا نستطيع تغييره.

أشكال مشاركة الوالدين في البرامج التربوية لأطفالهم المعوقين :

يبدو من مراجعة التراث السيكولوجي أن ثمة أشكالا ستة أساسية لمشاركة الوالدين في البرامج التربوية المبكرة لأطفالهم المعوقين :

(١) حصول الآباء على الدعم الاجتماعي والانفعالي من الأخصائيين ومن المشاركة في مجموعات الآباء والذي يتضمن المساعدة في الحصول على العون الاقتصادي والخدمات الاجتماعية الضرورية، " حيث إن مجموعات الآباء تشكل مصدر دعم فعال من خلال توفير جو قبول يستطيع الآباء فيه التعبير عن مشاعرهم، ومن خلال هذه المجموعات، يستطيع الآباء تحديد حاجاتهم وأهدافهم ويتوصلون إلى حلول لمشكلاتهم".

(٢) مشاركة الآباء في تخطيط البرامج، وصنع القرارات، والتقييم إنهم يوزعون المعلومات عن البرامج ويسهمون في تطوير التشريعات فهم يشكلون عنصرا لا غني عنه لطلب الدعم للبرامج، ولنشر المعلومات عن البرامج، فالآباء يزيدون وعي المجتمع والدعم الذي يقدمه من خلال التحدث إلى مقدمي الخدمات وممثلي وسائل الإعلام، وبتوزيع المنشورات، وبالكتابة إلى المؤسسات التربوية وصانعي القرار.

(٣) تبادل الآباء للمعلومات مع المعلمين والأخصائيين الآخرين ومثل هذه المعلومات تمكن الأخصائي الذي يعنى بالطفل من جعل البرنامج أكثر سهولة، وتحقق الاتساق بين البرنامج والبيت.

(٤) مشاركة الآباء في برامج تعليم وتدريب الآباء والحصول على التدريب الفردي على صعيد العمل مع الطفل.

(٥) قيام الآباء بتعليم أطفالهم في المدرسة أو البيت وذلك بعد تدريبهم وتزويدهم بالإيضاحات حول طرائق التفاعل المناسبة وأساليب التعليم.

(٦) قيام الآباء بالملاحظة وبالعمل التطوعي في غرفة الصف (الخطيب، والحديدي، السرطاوي، ١٩٩٣ : ١٧٤ - ١٧٧).

توعية الآباء بأساليب التوافق مع إعاقة طفلهم :

يلعب الوالدان دورًا حيويًا في رعاية أبنائهما ذوي الإعاقات، وقبل أن نتطرق إلى ذلك الدور ينبغي على الوالدين أن ينتبها إلى عدد من الأمور حتى يتكيفا مع إعاقة طفلهما والتي من بينها ما يلي:

(١) إن ميل الزوج أو الزوجة للتفكير في احتمال أن يكون الطرف الآخر هو المسئول عن إعاقة الطفل، لا يضر فقط العلاقة الزواجية، وإنما ينعكس أيضًا على الطفل في المستقبل فإذا ولد الطفل ولديه إعاقة سمعية أو بصرية، فمن السهل أن يقول أحد الوالدين للأخر: لا بد أنها حالة وراثية في أسرتك. ويمكن أن يعتقد الطرف الأخر في صحة ذلك، ويشعر أنه مسئول عن إعاقة طفله فعلاً وإذا بحث كل شخص منا جيدًا في أجداده فقد يجد من بينهم من كان لديه إعاقة، غير أن ذلك ليس مبررًا لإصابة أطفاله بنفس الإعاقة.

(٢) عندما يصاب الطفل بعد الولادة بسبب حادث أو مرض فإن ضياع الوقت في الذكريات المؤلمة، وفي الندم والأسى وما يتردد على لسانهم وبين أنفسهم مثل :" لأننا لم نفعل هذا وفعلنا ذلك، ولأنه سمح للطفل باللعب خارج المنزل أو النظر من النافذة أو العبث بالنار وغيرها من الأمور التي سببت إعاقة الطفل"، فبالرغم من صعوبة تجنب هذه المشاعر فإن محاولة النظر إلى الوراء نحو لحظة معينه أو يوم معين، تمنع الوالدين من التفكير في المستقبل والقيام بعمل إيجابي للحد من إعاقة الطفل أو تقديم المساعدة اللازمة له.

(٣) من الخطأ الشائع الذي يقع فيه الآباء والأخصائيون، أنهم يعطون اسمًا لحالة الإعاقة، ثم يعممون هذا الاسم على الحالات المشابهة، فيظنوا مثلاً أن الأطفال الذين يعانون من مرض القلب هم فئة واحدة وهذا غير صحيح فقد نجد طفلاً يعاني من مرض قلب ولادي، أو نتيجة لحمى روماتيزمية ومع ذلك يمكنه أن يعيش حياة طبيعية، بل ويؤدي أعمالاً صعبه، وقد تمتد حياته إلى سن الشيخوخة، بينما نجد طفلاً مُصابًا بمرض القلب، لا يمكنه أن يشترك في الألعاب الرياضية، وطفلاً ثالثًا يكون حبيس الفراش تمامًا ومع ذلك فهؤلاء الأطفال جميعًا يعانون من مرض القلب.

(٤) إن السن التي يتلقى فيها الطفل العلاج له نتائج فيما بعد على قدر كبير من الأهمية فالطفل الذي يصاب بحول في عين واحدة أو في كلتا عينيه ولا يبدأ والده في علاجه حتى سن الخامسة أو السادسة، تكون فرصة علاجه قليلة، بينما لو بدأ الوالدان علاجه في سن الثانية والنصف أو الثالثة لأمكنه استخدام عينيه بطريقة سليمة.

(٥) بالرغم من نواحي القصور عند الطفل المعوق ومهما يكن من مقدار ما حرم منه فإنه لا يزال يحتفظ بالكثير من القدرات، والفرصة سانحة أمام الآباء لأن يؤكدوا هذا المعنى بالاهتمام والتركيز على القدرات الباقية لدى الطفل، بدلاً من أن يركزوا على الأوامر والنواهي: " افعل هذا ولا تفعل ذاك".

(٦) ينبغي على الوالدين أن يدركا أن طفلهما المعوق يحتاج - لكي يشعر بالأمان النفسي- إلى تعاون والديه. وقد تغدو إعاقة الطفل وسيلة من وسائل تقوية العلاقة بين الأبوين، وجعلهما أكثر تفهمًا وانسجامًا ، وذلك من أجل مواجهة إصابة طفلهما. ويتحقق ذلك لهما حينما تتوفر لديهما الحكمة " ومن يؤت الحكمة فقد أوتي خيرًا كثيرًا ".

(٧) يعلمنا الخالق سبحانه وتعالى، أن أفضل طريقة نساعد بها أنفسنا هي أن نساعد غيرنا. فإذا فكر الأبوان ونجحا في تقديم الخدمات للآخرين الذين يماثلونهما في وضعهما يحرزان نجاحًا كبيرًا في خلق جو من الراحة النفسية لهما ولكل الآخرين من الأهل و الأصدقاء وأبنائهم ذوي الإعاقات.

(٨) أن الوالد والوالدة المتمسكان بالدين سيجدان في ربهما معينًا كبيرًا ،ويمكن لهما الرجوع إلى رجال الدين لطلب المساعدة الروحية لمواجهة ذلك الابتلاء.

إن رعاية الوالدين لأبنائهما لا تقتصر فقط على الاهتمام بالطفل المعوق ولكن أيضًا بأخوته العاديين وذلك لما يعانونه من مشاعر وضغوط يحتاجون من خلالها لمساندة ودعم الوالدين.

مراحل إرشاد أسرة الطفل المعاق :

يمر إرشاد والدي الطفل المعاق بمرحلتين :

المرحلة الأولى: وهي مرحلة الإبلاغ، وهي مرحلة صعبة في حالات كثيرة لأنها تحمل اخبارا سيئة مؤلمة بالنسبة للوالدين، ويجب أن يكون المرشد شجاعا ولبقا يستطيع مساعدة الوالدين على تحمل الصدمة والتغلب على أحزانهما وشكوكهما ومشاعر الذنب التي قد

تسيطر عليهما، ويحرص المرشد في هذه المرحلة على تذكير الوالدين بالقضاء والقدر، وتنمية قدرتهما على الصبر والاحتساب حتى يجعلهما مهيأين لتحمل الصدمة، وتقبل الأمر باعتباره ابتلاء أو امتحانا من الله. وسوف يساعد في ذلك الآتي :



أ - تقديم المعلومات الصحيحة للوالدين عن طفليهما.

ب- التدرج في إبلاغ الوالدين بحالة الطفل.

ج - توفير الجو المناسب لهما للتعبير عن مشاعرهما وانفعالهما والتعاطف معهما.

د - إرشادهما إلى كيفية العناية بالطفل وتدريبهما على رعايته.

هـ- الصبر عليهما وتحمل غضبهما حتى يتقبلا الموقف، فمن المتوقع الا يقبلا الموقف دفعة واحدة (الأشول، ١٩٩٦).

فليس من الحكمة أن يصر المرشد النفسي على حتمية قبول الوالدين للإعاقة لدى ابنهما كحقيقة مسلم بها، دون مقاومة أو اعتراض ذلك أن الآباء مستعدون لتقبل أبنائهم على الرغم مما يواجهونه من صعوبات نفسية، فلا ينبغي أن ننكر عليهم أن يكونوا محزونين لأن تلك الاستجابات طبيعية ومبررة إنسانيا، غير أن تعديلها هو الذي يتطلب جهدا ومثابرة (قنديل، ١٩٩٦).

المرحلة الثانية: وفيها يركز المرشد على تقديم المشورة للوالدين ومساندتهما في رعاية الطفل، وتدريبهما على القيام بمسئولياتهما نحوه، وتشجيعهما على الاستمرار في رعايته ودمجه في الأسرة ومع الأهل والجيران ومساعدتهما في علاج مشكلاته أولا بأول.

المبادئ الأساسية لمشاركة الآباء في برامج ذوي الاحتياجات الخاصة:

يعد مشاركة الآباء في برامج أطفالهم المعوقين واجبًا اجتماعيًا وإنسانيًا ، وذلك لإدراك الاختصاصيين أهمية دور البيئة، الأسرة، والوالدين باعتبارهما المعلم الأول للطفل،

وبالتالي فإن إقامة علاقات شراكة بين الوالدين والاختصاصيين من الأهداف العامة في برامج التربية الخاصة الفاعلة، والتي في ضوئها قد تستثمر طاقات الآباء وتتغير اتجاهاتهم بما فيه مصلحة الطفل حيث لا تلبي الأسرة الحاجات الفسيولوجية للطفل فقط بل تتعداها إلى حاجاته النفسية.

بناء على ما سبق فإن مشاركة الآباء في برامج التربية الخاصة تعتمد على المبادئ الأساسية التالية :

(١) وجود اتجاهات إيجابية لدى الاختصاصيين نحو أولياء الأمور ودورهم في تنمية قدرات أطفالهم وتطويرها، إضافة إلى مساهمتهم في تحسين المناهج المدرسية وتغذيتها بما يقدمونه من مشاركة فعلية تشجع وتعزز أطفالهم وتوفر تشجيعًا وعمًا للمدرسين في تخطيط الأنشطة المتعددة وتعديلها وتنفيذها وبالتالي في تطوير دور المدرسة ككل.

(٢) الاقتناع بضرورة تلبية حاجات أوليات الأمور الملحة بتوفير وسائل وطرق متعددة يمكن استخدامها لضمان مشاركتهم وتنشيط أدوارهم.. ومن ناحية أخرى فإن توافر مثل هذه الأدوار الفعالة يعمل على استبدال مشاعر الإحباط عندهم ويعزز شعورهم بأهميتهم الذاتية ويعدل كذلك من فهمهم لمشاعرهم الذاتية.. إضافة إلى ذلك تعميق مفهوم الذات واحترامها وكذلك الكرامة وزيادة مهارتهم التي تساعدهم في تدريب أطفالهم بأنفسهم، وكذلك في حل المشكلات السلوكية المصاحبة للإصابة.

(٣) الاعتقاد بأن الآباء مهما انخفض مستواهم الثقافي فإن لديهم القدرة على المشاركة الإيجابية سواء في تطوير البرامج التربوية الخاصة أو في تنفيذها إذا أحسن تطوير الأنشطة وتنويعها.

(٤) ومن بين الإجراءات التي تكفل تنشيط دور الوالدين ومشاركتها في رعاية الطفل المعوق ما يلي :

(٥) توعية الوالدين صحيًا وثقافيًا وإعلاميًا بأهمية الكشف والتعرف المبكر على حالات الإعاقة لدى أبنائهم، وتنمية مهارات للمشاركة في برنامج التدخل المبكر

(٦) توفير برامج إرشادية أسرية لمساعدة الوالدين على تجاوز صدمة الإعاقة، وتبني اتجاهات والدية موجبة نحو طفلهما المعوق، وتجنب الاتجاهات السلبية، كالإنكار والرفض والأسى وإسقاط اللوم، وتدني مستوى التوقعات عن الطفل

(٧) تعريف الوالدين بطبيعة إعاقة الطفل، والمشكلات والاحتياجات المترتبة عليها

(٨) تدريب الوالدين على كيفية مساعدة الطفل والتواصل معه، وإشباع احتياجاته الخاصة ومساعدته على النمو المتكامل والمتوازن معتمداً على نفسه ومعتزاً بها.

(٩) إكساب الوالدين المهارات اللازمة للمساهمة في تهيئة الطفل للالتحاق بالمدرسة والمشاركة في تعليمه ومحاولة تعديل سلوكه في إطار البيئة الأسرية.

(١٠)تعريف الوالدين بالخدمات المتاحة للطفل المعوق في البيئة المحلية وكيفية الإفادة منها.

(١١)إدماج الوالدين في البرنامج التعليمي والتأهيلي ليكون دورهما مكملاً لدور المدرسة أو المؤسسة ومتسقاً مع أهدافها (القريطي، ٢٠٠٥)

إن إشراك والدي الطفل المعوق في البرامج التدريبية ليست عملية سهلة بل عملية يتوقف نجاحها على مدى رغبة الوالدين في المشاركة ومدى توافر عدة مهارات في معلم التربية الخاصة، وبصفة عامة، ذكر الحديدي ومسعود (١٩٩٧) إن هناك عدة عوامل تتحدد في ضوئها فعالية البرامج التدريبية منها ما يلي :

(١) الحضور : يعد حضور الآباء للجلسات التدريبية أمر ضروري لنجاح البرنامج من حيث أن هذا الحضور هو الذي يخلق العملية التفاعلية في الجلسة واستفادة كل عضو من الآخر.

(٢) المشاركة : والتي تشير إلى مدى مشاركة والدي الطفل في موضوع الجلسة / الندوة وأسئلتهم واستفساراتهم فيما يتعلق بطفلهم وإعاقته واقتراحاتهم ومدى تطوع بعض الآباء للمشاركة في الأنشطة التدريبية.

(٣) التعيينات : إن فاعلية الجلسة التدريبية تتوقف على مهارة معلم التربية الخاصة في تحديد الأهداف المرجوة من كل جلسة، وأن تكون تلك الأهداف مرتبطة بخصائص الآباء وأن يسهل القيام بها ولا تستغرق وقتاً طويلاً .

(٤) الاختبارات : وتتعلق بتلك الاختبارات التي تقيس مدى استفادة الآباء من الجلسة التدريبية.

(٥) الاستبيانات : وهي التي يقوم الآباء بتعبئتها للتعرف على فاعلية الورشة التدريبية الحالية، وتقديم معلومات مفيدة لتنفيذ البرامج في المستقبل، وتتضمن تلك الاستبانة معلومات تشير إلى اتجاهات الآباء نحو التدريب وتوصيات الآباء حول كيفية البرامج التدريبية.

(٦) المتابعة : وتهدف إلى تحقيق من مدى استخدام الآباء للمهارات التي تعلموها في الدورة التدريبية ومدى حاجتهم إلى مزيد من التدريب.

طرق وأساليب الإرشاد الأسري في مجال الإعاقة:

تتمثل طرق الإرشاد الأسري في :

أ- الإرشاد الأسري الجمعي :

هو إرشاد عدد من المشاركين الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة كما يحدث في أيه جماعة إرشادية ويعتبر الإرشاد الجمعي عملية تربوية، إذ إنه يقوم أساسا على موقف تربوي ومن ثم لفت أنظار المرشدين والمربين، ويعتبر كذلك طريقة المستقبل (زهران، ١٩٨٠).

ويشير زهران (١٩٨٠) إلى ما أوضحه بريكبيل Brechbill من أن الإرشاد الجماعي له فاعلية تتساوى مع فاعلية الإرشاد الفردي في تقليل مشاعر الانطواء والاغتراب الاجتماعي الذي يوفر الجهد والمال. أما بالنسبة لعملية الإعداد للإرشاد الجماعي، فإنها عملية مهمة متعددة الجوانب تتضمن إعداد المرشد، وإعداد أعضاء الجماعة، وإعداد المركز للإرشاد الجماعي.

يرتكز هذا النوع من الإرشاد الأسرى على التفاعل الاجتماعي للمجموعة الإرشادية من خلال العمل كجماعة واحدة ومشاركة كل من أعضائها للآخرين مشاركة وجدانية والشعور بالمشكلة، ويقوم هذا الأسلوب على أساس تعديل السلوك غير المرغوب فيه اجتماعيًا وإبداله

بالمفاهيم الصحيحة المرغوب فيها عن طريق إكساب مهارات وقدرات جديدة، وهو أسلوب يتناسب مع الكبار والصغار ويؤهلهم إلى التغلب على مشكلة الإعاقة ويراعى عند استخدامه أهميه ما يلي :

- التشابه بين أفراد الجماعة في المشكلات التي منها لإيجاد المشاركة الوجدانية.
- استغلال التفاعل الدينامى للجماعة في تحقيق الهدف المنشود من الإرشاد.
- توافر المكان الذي يتيح للجماعة التفاعل اثناء العملية الإرشادية.
- تحديد عدد أعضاء الجماعة الإرشادية بحيث لا يقل العدد عن ثلاثة ولا يزيد عن خمسة أعضاء (منصور، ١٩٩٧ :١٧٤).

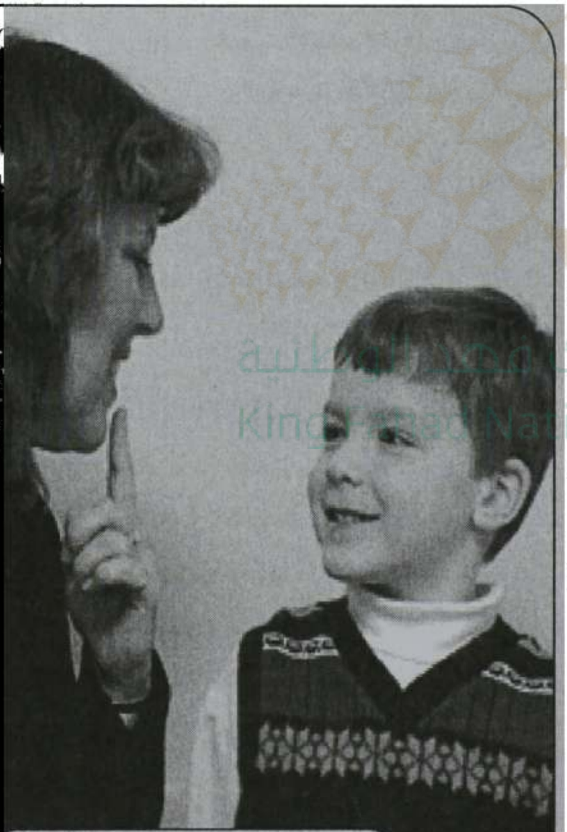
ب- الإرشاد الفردي:

يعتمد هذا النوع على عميل واحد يواجه المرشد في مقابلة إرشادية وجها لوجه يتعرف فيها المرشد على شخصية المعاق ويتعرف على اسرته ومشكلاته، ويستخدم هذا النوع من العلاج فى حالة الانحرافات السلوكية التي يغلب عليها الخصوصية (منصور، ١٩٩٧، ١٧٦).

ج- الإرشاد عن طريق الحياة داخل الأسرة :

لقد اعتمد المدخل التقليدي للإرشاد على قدوم الأفراد إلى مكتب الإرشاد، بينما يعتمد الإرشاد عن طريق الحياة داخل الأسرة على المعايشة الأسرية حيث إن الإرشاد داخل الأسرة يحدث في البيئات الأسرية المتنوعة كالمنزل والعمل وأماكن الترفيه، فليس من الضروري أن تشرح الأسرة المشكلات التي تحدث بداخلها، بل يعيش المرشد داخل الأسرة،.... إذ يمكن الحصول على معلومات كثيرة في خلال ساعتين فقط داخل السياق الطبيعي للأسرة عما يمكن الحصول عليه من معلومات خلال جلسات عديدة داخل مكتب الإرشاد(عجاج، ١٩٩٥، ١١٤).

خدمات علاج اللغة والكلام



- أدوار أخصائي علاج اللغة والكلام
- بعض الإعاقات المرتبطة باضطرابات اللغة والكلام.
- إجراءات تقييم اضطرابات اللغة والكلام
- علاج اضطرابات النطق.
- استخدام المعينات والوسائل المساعدة .
- دور المعلم في تنمية التواصل اللفظي بالصف.

الفصل الثامن

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) التعرف على أدوار أخصائي اللغة والكلام

(٢) التمييز بين الإعاقات المرتبطة باضطرابات اللغة والكلام.

(٣) التعرف على اضطرابات التواصل لدى ذوي الإعاقة الفكرية.

(٤) فهم طبيعة اضطرابات التواصل لدى ذوي اضطراب التوحد .

(٥) التعرف على أشكال اضطرابات التواصل لدى ذوي الإعاقة السمعية .

(٦) التمييز بين أنواع اضطرابات التواصل لدى ذوي الإعاقة البصرية.

(٧) اضطرابات التواصل لدى ذوي الشلل الدماغي .

(٨) الإلمام بإجراءات تقييم اضطرابات اللغة والكلام.

(٩) تحديد أشكال علاج اضطرابات النطق.

(١٠) فهم طرق استخدام المعينات والوسائل المساعدة في علاج اضطرابات اللغة والكلام.

(١١) القدرة على استنباط دور المعلم في علاج اضطرابات اللغة والكلام.

الفصل الثامن

خدمات علاج اللغة والكلام

Speech & Language Therapy Service

مقدمة

تقدم خدمات علاج الكلام واللغة بواسطة أخصائي متخصص في علاج الكلام واللغة، والتي تتضمن التعرف، والتشخيص، والإحالة، والتدخل وذلك لمساعدة الطلاب ذوى مشكلات الكلام واللغة للاستفادة من التربية الخاصة (Downing ,2004:201)، وتتضمن خدمات علاج الكلام واللغة التعرف على الطفل ذو اضطرابات الكلام واللغة من حيث التشخيص، والتقييم وإجراءات الإحالة إلى الاختصاصيين عند الضرورة لتأهيل إعاقة الكلام واللغة، وتقديم الخدمات التأهيلية الملائمة (Heward, 2006: 23).

ووفقاً لما أوردته الجمعية الأمريكية للسمع واللغة والكلام (American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)) يمكن تمييز اضطرابات اللغة والكلام على النحو التالي:

تتسم اضطرابات الكلام بعدم القدرة على استخدام رموز اللغة، من خلال:

أ- الاستخدام الصحيح للكلمات ومعانيها.

ب- الأشكال النحوية الملائمة.

ج- الاستخدام الصحيح لأصوات الكلام.

وتتسم اضطرابات الكلام بوجود صعوبة في:

أ- إنتاج أصوات الكلام (النطق).

ب- المحافظة على طلاقة الكلام (الكلام الفصيح).

ج- التحكم في الإنتاج الصوتي (الصوت).(ص ١)

ويورد مركز المعلومات القومي للأطفال والشباب ذوي الإعاقة (The National Information Center for Children and Youth with Disability, 1997) ان

من خصائص اضطرابات اللغة: "الاستخدام غير الصحيح للكلمات ومعانيها، وعدم القدرة على التعبير عن الأفكار، واشكال قواعد (النحو) غير الملائمة، والعدد المنخفض للمفردات اللغوية، وعدم القدرة على متابعة الإرشادات" (ص ١). ولذلك يعايش الطلاب ذوو اضطرابات اللغة صعوبة في الفهم او التعبير عن الأفكار الملائمة لعمرهم. ويظهر الطلاب ذوو اضطرابات الكلام إنتاج ضعيف لأصوات الكلام والطلاقة أو الجودة الملائمة لعمرهم الزمني.

إن معظم مشكلات الكلام تكتشف في عمر مبكر، ففي أغلب الأحيان تكتشف اضطرابات النطق لدى الأطفال في عدد قليل من الصفوف الأولى بالمدرسة. ويتم ايضًا اكتشاف اضطرابات اللغة لدى صغار الأطفال، والتي يمكن أن تستمر طوال سنوات المرحلة الابتدائية إلى الثانوية. فعادة تكون اضطرابات الكلام واضحة للمستمعين. وفي الواقع يذكر فان رايبر Van Riper (١٩٧٨) ان احد معايير التعرف على اضطرابات التواصل غير العادي هو:"ذلك القدر الذي يكفي لجذب الانتباه إلى الكلام ذاته". ومع ذلك لا تعتبر كلمة غير عادي وصف دقيق جدًا للمشكلة.

توفر مدارس وبرامج التربية الخاصة حصصا وتدريبات خاصة لعلاج اضطرابات النطق وعيوب الكلام التي يعاني منها بعض الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتستخدم لتحقيق هذا الغرض مختبرات أعدت بمواصفات خاصة في جميع مدارس التربية الخاصة على ايدي أخصائي علاج اضطرابات النطق والكلام بواقع ١٨ حصة فردية وجماعية أسبوعيا لكل مدرس ويستخدم المعالجون الأدوات والوسائل المساعدة مثل أجهزة الكمبيوتر للتحليل الصوتي C.S.R.E وجهاز SCL والذي يساعد على التحليل الصوتي الطبيعي وأجهزة أخرى لتقوية الجهاز الكلامي والتنفس visibitch ومساعدتهم على إخراج الأصوات من مخارجها الصحيحة. وتوفير اجهزة FM system في فصول التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية .

أدوار أخصائي علاج اللغة والكلام

اخصائي علاج اللغة والكلام Speech Therapist هو شخص متخصص في علاج مشكلات اللغة واضطرابات النطق بحيث يدرس اجزاء من علم الصوتيات كما يدرس آلية عملية النطق وكذلك الجهاز السمعي إضافة إلى بعض أساليب العلاج السلوكي والمعرفي

لأن تعليم المحادثة والنطق عبارة عن طرق وأساليب مختلفة لكل واحدة منها أهداف معينة ويدخل فيها نشاطات مختلفة لتساعد كل إنسان في التخاطب والتواصل مع الغير. وبالت إلى نجد أن هذا الاختصاصي يعمل مع أطباء الأنف والأذن والحنجرة ومع الأطباء النفسيين.

واخصائي علاج اللغة والكلام: هو الشخص المسؤول عن تشخيص حالات اضطراب اللغة والكلام لدى التلاميذ في المدرسة وعمل الخطط العلاجية التدريبية اللازمة حسب التشخيص الفردي.



وقد تحددت مهام اخصائي علاج اللغة والكلام في القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة التربية والتعليم السعودية (الأمانة العامة للتربية الخاصة، ١٤٢٢) في المادة السابعة والأربعين على النحو التالي:

(١) قياس وتشخيص اضطرابات النطق والكلام لدى التلاميذ وتحديد طبيعتها وإمكانيات التحسن طبقا لشدة الإعاقة بغرض تحديد طبيعة الخدمات التي يحتاجونها.

(٢) مناقشة الحالة مع الاختصاصيين المعنيين بحالة الطالب وتنسيق البرامج العلاجية معهم، والتوصية بإحالة الحالات التي تحتاج إلى تدخل طبي إلى الجهات المختصة.

(٣) إعداد البرامج التدريبية والخطط التأهيلية (الفردية والجماعية) قصيرة وطويلة الأمد للذين يعانون من اضطرابات في النطق والكلام والصوت واللغة والعمل على تنفيذها في ضوء الخطة التربوية الفردية.

(٤) متابعة تقويم كل تلميذ على حدة بشكل دوري (اسبوعي - شهري) للتعرف على مدى استفادة التلميذ من الخطة التدريبية العلاجية.

(٥) إطلاع الأسرة على الخطة الفردية العلاجية التدريبية للتلميذ، وإشراكها في مراحل إعداد تلك الخطة، وتنفيذها، وتقويمها.



(٦) تقديم برامج تدريبيه للعاملين في المدرسة مثل الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين والمدرسين وتدريب الطلاب والإشراف عليهم .

(٧) التعاون مع معلمي المواد لمتابعة حالات التلاميذ ذوي اضطرابات التواصل، وزيادة كفاءة التدريب الخاص بهؤلاء التلاميذ والعمل على رفع مستوى أدائهم.

(٨) المشاركة في اللجان وفرق العمل التربوية والطبية داخل المدرسة وخارجها.

(٩) العمل على تحقيق الاستفادة القصوى للتلاميذ من المعينات السمعية الفردية والجماعية وبرامج التدريب السمعي وغيرها.

(١٠) العمل على نشر الوعي الإرشادي العلاجي بشأن اضطرابات التواصل وأسبابها، وأساليب التخفيف من آثارها، وطرق التعامل معها.

(١١) المشاركة في الدراسات، والبحوث ، والدورات، والندوات، والمؤتمرات في مجال اختصاصه.

(١٢) القيام بأي أعمال أخرى تسند إليه في مجال عمله.

ويري باني (Paney, 2000) فيما أورده القحطاني (٢٠٠٧) أن أخصائي علاج اللغة والكلام ينبغي أن يتمتع ببعض الكفايات التي من أبرزها:

(١) المعرفة بمبادئ اللغة وأبعاد التواصل لدى التلاميذ الذين لديهم إعاقات بما فيهم التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية ومعرفة خصائصهم اللغوية وما يصاحبها من مشكلات لغوية لديهم

(٢) أن يتمتع بعدد من القدرات والتي من أبرزها قدرته على تكييف وإدارة الأدوات الرسمية وغير الرسمية الخاصة بالكشف عن تلك الحالات التي تعاني من مشكلات النطق

والكلام والقدرة على التعامل مع تلك المشكلات والقيام بالعمليات التقييمية في محيط الأسرة لمثل هؤلاء التلاميذ وتفسير نتائج عملية التشخيص في مجال اللغة والكلام.

(٣) إلمامه بالمراحل التي يمر بها التعرف على المشكلات اللغوية من فرز Screening وتقييم Assessment وتطبيق للإجراءات العلاجية لمواجهة المشكلات اللغوية لدى هؤلاء التلاميذ.

(٤) قدرته على تصميم برامج التأهيل المناسبة لهم والقيام بعملية التقويم المستمر للبرامج العلاجية وتقديم التوصيات اللازمة وأخيراً قدرته على تقديم الإرشادات للأسرة والتي تساعد على تطبيق البرامج العلاجية اللغوية في المنزل.

وأيضًا ينبغي عليه ان يقوم بتقييم السلوكيات السمعية ذات العلاقة بالتواصل الاستقبالي إلى التعبيري، وأخيراً عليه ان يقترح تنظيمًا محددًا للبيئة الصفية والتي قد تساعد على النمو اللغوي لدى الأطفال، كما أن اختصاصي اللغة والكلام يقوم بتقييم جهاز الصوت لدى الطفل، مع تصميم وتطوير البرامج التي يمكن أن تساعد على نمو التواصل اللفظي وغير اللفظي (الوابلي،١٩٩٦م).

بعض الإعاقات المرتبطة باضطرابات اللغة والكلام:

هناك بعض الأطفال ذوي اضطرابات اللغة لا يعانون من اي مشكلات عقلية أو حسية أخرى، ولكن في المقابل نجد البعض الآخر تظهر لديه مشكلات اخري بالإضافة إلى اضطراب اللغة، فقد يعاني الطفل من الإعاقة الفكرية أو من الإعاقة السمعية أو التوحد.. وغيرها من الإعاقات الأخرى، والتي يصاحبها اضطراب في اللغة بدرجات تتفاوت وفقًا لنوع الإعاقة وشدتها. وفيما يلي عرض لأهم هذه الحالات التي لها تأثير مباشر على اكتساب اللغة وتطورها، ومن ثم لها تأثير أيضًا على تدهورها واضطرابها، ومن بين هذه الحالات ما يلي :

أولاً: اضطرابات التواصل لدى ذوي الإعاقة الفكرية:

من الجدير بالذكر ان لغة هؤلاء الأطفال تعاني من قصور في جميع المستويات (المكونات): المفردات، المعاني، الاستخدام المورفولوجي، التراكيب، الاستخدام البرجماتي،

وعند مقارنتهم مع الأطفال العاديين، نجدهم أبطأ في نطق الكلمات الأولى، ويستمرون في إنتاج كلمات أقل، كما تكون معاني الكلمات التي يكتسبونها محدودة، ويكونون ابطأ في جمع الكلمات في جمل وعبارات، ويحذفون العديد من السمات النحوية، كما يكون تركيب الجملة لديهم مقصور على الأشكال البسيطة، كما أنهم يستخدمون اللغة التي يكتسبونها بشكل محدود، ولذا نجد أن مهارات الحوار لديهم محدودة جداً .

وأوضحت البحوث أن أغلب ذوي الإعاقة الفكرية ليس لديهم انماط غير سوية أو فريدة للغة، بل إنها تشبه لغة صغار الأطفال ؛ فعلى الرغم من تقدم اللغة البطيء لديهم إلا ان تتابعها يشبه ما لدى العاديين. ومن ناحية اخري فإن القليل من ذوي الإعاقة الفكرية تظهر لديهم المصاداه * والكلام غير المفهوم. وبعض ذوي الإعاقة الفكرية خاصة ذوي متلازمة داون لا نجد لديهم مهارات لغة توازي مستواهم العقلي العام.

وفي بعض المهام غير اللفظية المحددة نجد أن بعض هؤلاء الأطفال لديه مستوي عقلي يدعم ارتفاع مهارات اللغة اكثر من قدرتهم الفعلية. ومن الممكن ان يستفيد الطفل كثيراً من برامج التدريب على مهارات اللغة المخصصة لذوي الإعاقة الفكرية.

ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من انتشار اضطرابات النطق لديهم بصورة أكبر مما لدى العاديين وإن كانت تختلف هذه النسبة لدى ذوي الإعاقة الفكرية باختلاف العمر الزمني وشدة الإعاقة.وفي الدراسة التي قام بها عبد العزيز الشخص (١٩٩٦) هدف إلى تحديد نسبة اضطرابات النطق لدى ذوي الإعاقة الفكرية و ذوي الإعاقة السمعية ومدي اختلافها باختلاف نوع الإعاقة ودرجتها وكذلك نوع الاضطراب في كل إعاقة وقد شملت عينة الدراسة (٦٨) طفلا وطفلة (٣٨ ذكراً ، ٣٠ انثي) من ذوي الإعاقة الفكرية ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٨- ١٥ سنة من فئتي الإعاقة البسيطة (وتراوحت نسبة ذكائهم ما بين ٧٥- ٦٠) والمتوسطة (وتراوحت نسب ذكائهم ما بين ٥٥- ٤٥).

---

* المصاداه Echolalia : نعني به قيام الطفل بتكرار الأصوات التي يصدرها الآخرون بغض النظر عن المعني، وهي عبارة عن تكرار ما يتعلمه مثل الببغاء، وتعد المصاداه تواصل غير مقصود.

وقد تم إجراء دراسة حالة لأفراد العينة بعد تقرير المعلمين بأنهم يعانون من مشكلات في الكلام وذلك من خلال إجراءات تشخيص اضطرابات النطق مع أخذ تسجيلات صوتية لهم وكذلك تقارير مستوفاة عن حالتهم وخلفيتهم.



وقد أوضحت تقارير دراسة الحالة أن معظم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة بسيطة يمارسون كلامًا مفهومًا يمكنهم من التواصل بوضوح إلى حد كبير مع الآخرين ورغم أن بعض هؤلاء الأطفال قد يعاني من اضطرابات الصوت إلا إنها من الدرجة البسيطة سواء في الطبقة (أجش مثلاً) أو الرنين (الأنفية) وهذا عكس الأطفال المعوقين بدرجة متوسطة، حيث تزداد اضطرابات النطق وخاصة الإبدال والحذف التي تشمل كثير من الحروف مما يجعل كلامهم يميل إلى الكلام الطفلي وهو كلام يصعب فهمه كما تنتشر بينهم اضطرابات الصوت وخاصة في طبقة الصوت، حيث يتحدث الطفل بطبقة منخفضة، وشدة مرتفعة، وعلى وتيرة واحدة مما يجعل كلامه غير مريح، وغير واضح هذا فضلا عن زيادة تدفق الهواء أثناء الكلام لدى بعض الأطفال بينما يبذل البعض الأخر جهدا كبيرا أثناء الكلام ولعل ذلك يوضح التأثير الكبير للإعاقة العقلية على كلام الطفل.

وهذا ما أكده فان هاتوم Van Hattum, R. (١٩٨٠) من أن هناك ثلاثة مستويات لاضطرابات النطق تنتشر بين مجتمع ذوي الإعاقة الفكرية وهي :

(١) اضطرابات النطق المحددة، والتي تؤثر في فونيمات معينة.

(٢) اضطرابات نطق كلية (شاملة) وهي تؤثر في الوضوح العام.

(٣) الغياب الكامل لإنتاج الصوت الكلامي.

وبشكل عام يمكن القول بأن حدة اضطراب النطق تتناسب طرديا مع حدة الإعاقة الفكرية فكلما زادت حدة التخلف كانت هناك فرصة أكبر لظهور اضطرابات أكبر في النطق، إذ إن بعض حالات الإعاقة الفكرية يصاحبها إعاقات حركية مما يمكن أن يكون له عواقب خطيرة على إنتاج الصوت الكلامي.

ولقد قام إنجالس Ingalls (١٩٨٧) بتحليل عدد كبير من الدراسات التي اهتمت بالتعرف على اضطرابات اللغة والنطق لدى ذوي الإعاقة الفكرية وقد توصل إلى عدد من الحقائق والتي كان من اهمها ما يلي :

(١) ان اضطرابات النطق هي الأكثر شيوعا بين مجتمع ذوي الإعاقة الفكرية يليها اضطرابات الصوت التي تأتي في المرتبة الثانية.

(٢) ان نسبة انتشار اضطرابات التواصل بين ذوي الإعاقة الفكرية أعلى من المستوي المتعارف عليه.

(٣) لا يوجد نوع محدد من اضطرابات النطق يمكن أن نميز به فئة من فئات الإعاقة الفكرية عن الأخرى بمعني انه ليس هناك نمطا فريداً لمشكلات الكلام يمكن أن نميز من خلالها بين فئات الإعاقة الفكرية (الببلاوي، ٢٠٠٣).

ولقد قام فيتزجارلد وآخرون Vitzgarld et al. بدراسة للتعرف على تطور القدرة على النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من مستويات ذكاء مختلفة حيث اخضع (٢٢) طفلاً لبرنامج تدريبي لنطق الأصوات بعد أن قام بتقسيمهم إلى مجموعتين باستخدام مقياس ستانفورد – بينيه الأولي بنسبة ذكائها أقل من ٥٠، والمجموعة الثانية معامل ذكائها يتراوح ما بين ٥٠ – ٧٠.

وقد اظهرت النتائج ان أطفال المجموعة الأولي بحاجة إلى تدريب أطول مقارنة بالمجموعة الثانية كي يتمكنوا من اكتساب القدرة على نطق أصوات معينة، إذ احتاج أطفال المجموعة الأولي إلى فترة ما بين ٨٢ – ١٥٤ يومًا على حين احتاج أطفال المجموعة الثانية إلى فترة ما بين ٢٤ – ٦٩ يومًا لإتقان نطق نفس الأصوات وهذا يدل على ارتباط صعوبات النطق بنسبة الذكاء(الببلاوي، ٢٠٠٣).

ثانيًا: اضطرابات التواصل لدى ذوي اضطراب التوحـــد :

تعد السمة المسيطرة للسلوكيات اللفظية وغير اللفظية الخاصة بالطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد هي قلة الرغبة في الارتباط بالآخرين ومن بينهم الوالدين، وإذا كان الطفل الطبيعي يستمتع بالنظر لوجه الأم أو بسمتها فإن الطفل ذو اضطراب التوحد يركز عينيه على قرط الأم وعندما تحمله الأم يكون متوترا وعندما تتركه وحيداً يكون سعيداً .

ويفضل الطفل ذو اضطراب التوحد العزلة عن التفاعل الاجتماعي، وأحد مظاهر التوحد هو رغبة الطفل الشديدة في البقاء بمفرده مع الأشياء التي يجد انها ممتعة، ولا يشير إلى الأشياء الأخرى، او يطلب المساعدة من أحد ولا يريد اي شئ من الآخرين، فيصبح هذا الطفل منغلق على ذاته، وقد يقضي ساعات طويلة في اللعب النمطي وترتيب المكعبات مئات المرات في أحد أركان البيت، وقد يضع الطفل يده على الأرض ويتحرك مثل الثعبان، وفي الصباح يجلس ساعات طويلة على الأرض.

والقليل من الأطفال ذوي اضطراب التوحد معرضين لإيذاء أنفسهم بشكل مستمر، فيضربون رؤوسهم في الحائط ويجذبون شعرهم ويعضون أصابعهم ويجرحون وجوههم بأظافرهم، ويتم وضع مثل هؤلاء الأطفال في المؤسسات ويلبسونهم أشياء من الحديد في ايديهم مما يصعب عليهم حملها وبعضهم يتم تقييده جسدياً لمنع الإيذاء الشديد للذات.

والطفل ذو اضطراب التوحد يشعر بالاضطراب نتيجة تغيير روتينه، فهو يريد أن يبقي كل شئ كما هو وفي مكانه على مدار اليوم، وكل يوم، فعلى سبيل المثال لو تحرك السرير من مكانه خطوة واحدة فإنه يشعر بالضيق ولا يستقر حتى يعود السرير مكانه مرة ثانية.

وتعد اضطرابات اللغة الشديدة هي السمة الأساسية للتوحد، وفي البداية يشك الوالدان في إصابة الطفل بالصمم لأنه لا يستجيب للأصوات أو الكلام. ولكن الطفل ذو اضطراب التوحد على الرغم من انه لا يستجيب للكلام إلا ان يقلد الأصوات غير البشرية، فالطفل الذي لا يستجيب عندما يدعوه أحد بصوت مرتفع، قد يلتفت إلى صوت السيارة، وهكذا سرعان ما يدرك الوالدان ان طفلهما ليس اصماً، ولكنه يستجيب للضوضاء والأصوات غير البشرية ولا يستجيب لكلام البشر.

وأغلب الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يتعلمون اللغة بالمعدل الطبيعي، ولا يستخدمون ما يتعلمونه في التواصل مع الآخرين، ويتعلمون الكلمات بمعدل بطيء جداً ، فالطفل ذو اضطراب التوحد الذي يبلغ من العمر خمس سنوات ينتج حو إلى خمساً وعشرين كلمة فقط، وهذه الحصيلة اقل من حصيلة الطفل الطبيعي الذي لا يزيد عمره عن سنتين. ويتعلم الطفل ذو اضطراب التوحد الكلمات التي تشير إلى الأشياء والمفاهيم والناس أو العلاقات البشرية، ويفضل الأسماء على الأفعال، ومن السمات الملحوظة في لغة الطفل ذو اضطراب التوحد انه يتعلم الكلمات الصعبة بطريقة أسهل من الكلمات السهلة. فعلى سبيل المثال يستخدم كلمة "مثلث" ولا يستخدم كلمة "بابا".



ومن الجدير بالذكر أن الطفل ذو اضطراب التوحد يتعلم الكلمات التي تعبر عن العاطفة ببطء شديد، وعندما يبدأ علاقة مع أحد فإنه لا يستخدم كلمة الحب أو الكراهية أو يطلب اي شئ، وعندما يستخدم كلمة مثل الخير والشر فإنها تكون بعيدة كل البعد عن العاطفة (Park, 1982). ويستخدم الكلمات المكتسبة بشكل مقيد، إذ نجده على سبيل المثال يستخدم الطفل كلمة " باب" للإشارة إلى باب حجرته فقط، اما باقي أبواب المنزل فلا تعد أبوابًا بالنسبة له؛ وبالت إلى فإن الأوصاف التي يقدمها تكون مقصورة على موقفه أو محيطه فقط، بمعني آخر لا يعمم ما يتعلم على كل المواقف المشابهة.

وإحدى مشكلات اللغة المبكرة لدى الطفل ذي اضطراب التوحد هي المصاداه، وهو الكلام الذي ليس له معنى، ويعتقد بعض الخبراء أنه إذا كانت بعض استجابات المصاداه مجرد تقليد فإن بعضها الآخر محاولة من الطفل للتواصل (Prinzant, 1983)، ويحدث هذا عندما يشتمل الصوت المردود على كلمات تعتبر إجابة فعلية للطفل، فعندما تقول له الأم ماذا تفعل يرد عليها قائلاً: ماذا تفعل يا سامح.

وإحدى السمات التي تلاحظ في لغة الطفل ذي اضطراب التوحد هي قلب الضمائر، فالطفل يشير إلى نفسه بالضمير " أنت"، ويشير إلى الآخرين بالضمير " أنا"، كما يلاحظ على الأطفال ذوي اضطراب التوحد عدم قدرتهم على تعلم استخدام الضمائر بشكل صحيح حتى عمر السادسة، وفي محاولة من الباحثين لمعرفة أسباب قلب الضمائر، يري البعض أن هذا نتيجة المصاداه المستمرة، بينما لاحظ البعض الآخر أنه عندما تنخفض المصاداه يزداد استخدام الضمائر بشكل صحيح.

ويتحدث الطفل ذو اضطراب التوحد بشكل عام بجمل بسيطة وقصيرة، ويميل إلى حذف العديد من السمات النحوية مثل حروف الجر، وأدوات الربط، ويكون من الصعب عليه تعلم الأفعال المساعدة المستمرة، كما انه من الصعب عليه معرفة التصريفات المورفولوجية مثل الجمع. ونظرًا لأن الطفل التوحدي يتعلم العبارات ككل فإن الحدود الخاصة بالكلمات غير مفهومة، فعندما يتعلم عبارة مثل انا ذاهب إلى النادي فإنه يكررها دون أن يعرف متى يكون الذهاب للنادي. ومن مظاهر لغة الطفل التوحدي أن تكون الجمل ذات ترتيب خاطئ، فقد يقول الطفل " الأرض على الكتاب " بدلاً من " الكتاب على الأرض "، وعلاوة على ذلك فإنه يستخدم كلمات بدون خصائصها التركيبية، ومثل هذه الأخطاء من النادر حدوثها في لغة الطفل الطبيعي أو ذوي الإعاقة الفكرية.

ثالثًا: اضطرابات التواصل لدى ذوي الإعاقة السمعية :

إن السمع السليم ضروري لنمو اللغة المنطوقة أو اللفظية، والطفل الذي لا يسمع اللغة من حوله يواجه صعوبة في تعلمها، ولذلك فإن احد أسباب اضطرابات اللغة لدى الأطفال هي الإعاقة السمعية.

يقوم الجهاز السمعي بدور مهم في التقاط الأصوات ونقلها إلى المخ، ومن أهم العناصر التي تشكل أساس إنتاج وفهم الكلام الجهاز السمعي السليم، كذلك يجب أن يكون المستمع قادرًا على اكتشاف الفروق الطفيفة التي تعكس الخصائص الفونيمية والصوتية للكلام، ولذا فالأفراد ذوي الفقد السمعي الحاد يجدون صعوبة في تفسير الإشارة الصوتية، وسيدركون الكلمات بشكل مختلف عن الأفراد ذوي السمع العادي.

ولذا فإن الإعاقة السمعية تلعب دورًا حيويًا في تدهور النطق، فكلما ازدادت حدة الإعاقة السمعية كانت مشكلات النطق المصاحبة أكبر وأعمق، أي أن العلاقة بينهما علاقة طردية فكلما زادت حدة الفقد السمعي زادت معها مشكلات النطق.

ووفقًا لتعريف اللجنة التنفيذية لمؤتمر المديرين العاملين في مجال رعاية الصم بالولايات المتحدة الأمريكية فإن الأصم " هو الفرد الذي يعاني من عجز سمعي يصل لدرجة فقدان سمعي ٧٠ ديسيبل فأكثر، مما يحول دون اعتماد الفرد على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها أما ضعيف السمع فهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي إلى درجة فقدان سمعي ٣٥ : ٦٩ ديسيبل تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها ".



وتزداد صعوبة تعلم اللغة لدى الطفل الذي يولد أصم، فهو يحرم من المثيرات الصوتية من بداية حياته، ولذلك نجد لديه رغبة طبيعية في تعلم الإشارات أكثر من رغبته في تعلم اللغة المنطوقة. وفي غياب التدريب المبكر والمكثف فإن لغة الطفل الأصم تصبح مضطربة بشكل كبير، وعادة ما يعاني هذا الطفل من بطء في

اكتساب الكلمات والعبارات وتراكيب الجمل، ويواجه صعوبة كبيرة في تعلم الفونيمات النحوية مثل الجمع والملكية وتصريف الأفعال. والعديد من هذه الفونيمات لا تلقي الاهتمام الكامل في الحوارات الطبيعية، ولذا فإن الطفل الأصم لا يدركها حتى مع استخدام مكبرات الصوت.

كما يواجه الطفل الأصم صعوبات إضافية في تعلم أشكال الجمل المعقدة، ويميل إلى استخدام الجمل البسيطة أو المعلومة. والطفل الذي يولد طبيعي السمع ويصاب بالصمم فيما بعد يكون قادرًا بشكل عام على تعلم بعض اللغة، ويعتمد مقدار اللغة أو مقدار اضطراب اللغة عند هذا الطفل على الوقت الذي بدأت عنده الإعاقة السمعية، وكلما بدأت في سن مبكرة ازداد تأثيرها على اكتساب اللغة. وعادة ما يحتفظ الأطفال والراشدون الذين يعانون من فقدان سمعي شديد جدًا بعد اكتسابهم اللغة بنماذجهم في النطق لبعض الوقت، إلا أن هذه المهارات لا تلبث أن تتدهور تدريجيًا .

ولقد أوضح الباحثون أثر الفقد السمعي على إنتاجات الصوت، حيث لاحظوا الخصائص التالية للصوت المتحرك لدى الأفراد المعوقين سمعيًا .

(١) عدد الإبدالات في الأصوات المتحركة (العلة) مثل إبدال الأصوات المتحركة المتوترة بالرخوة.

(٢) إبدال الأصوات المدغمة بأصوات معلولة، والأصوات المعلولة بالمدغمة.

(٣) حدوث حذف في الصوت المعلول أو المدغوم.

وذكرت تاي موراي (1991 ,Tye-Murray) أن بعض المتحدثين الصم استخدموا حركة مفرطة للفك لتأسيس اشكال متحركة مختلفة بدلاً من الحركة الملائمة للسان فالحركة قليلة المرونة للسان تقلل من تكوين المكونات الصوتية المتحركة السمعية - خاصة المكون الثاني الضروري - لتمييز الأصوات المتحركة.

ويبدو أن هناك اتفاق عام أن بعض أخطاء الأصوات المتحركة تعكس صعوبات في التمييز بين ما هو مجهور وغير مجهور، وإبدالات المجهور وغير المجهور والأنفي والاحتكاكي

والوقفي وحذف الأصوات الساكنة في بداية الكلام وآخرها والتشويهات والأنفية غير الملائمة للأصوات الساكنة والحذف الأخير للصوت الساكن.

وبصفة عامة - يمكن القول ان - ذوي الإعاقة السمعية يتحدثون بمعدل أبطأ من المتحدثين ذوي السمع العادي بسبب طول الأصوات الساكنة والمتحركة معًا وكذلك نجدهم يستخدمون سكتات متكررة أكثر ويستخدمون انتقالا أبطأ في النطق وتميل نماذج الضغط stress (ضغط أول أو وسط أو آخر الكلمة) إلى أن تكون غير ملائمة حيث لا يميز كثير من الذين يتحدثون من ذوي الإعاقة السمعية طول الفترة بين المقاطع المضغوطة وغير المضغوطة ويستخدمون هذا إلى جانب أنهم يستخدمون نغمة صوت عالية جدا أو منخفضة جدا بشكل زائد عن الحد ويستخدمون نماذج تصريفية غير ملائمة ويستخدمون نوعية صوت اجش أو تنفيس بالإضافة إلى أن أصواتهم الأنفية إما أنها منخفضة أو مرتفعة.

وقد أجري موسون Moson (١٩٨٣) دراسة على عشرة مراهقين ذوي إعاقات سمعية وأسفرت نتائج الدراسة عن أن :

(١) الأفراد استخدموا جملا بسيطة ذات مجموعات ساكنة قليلة وبها كلمات قليلة ذات مقاطع عديدة، وكانوا أكثر وضوحا عند استخدام التراكيب الأقل تعقيداً منه عند استخدام جملا أكثر تعقيداً.

(٢) فهم المستمعون المتمرسون أكثر مما فهم المستمعون غير المتمرسين.

(٣) كانت الجمل المعروضة داخل سياق لفظي أكثر وضوحا من تلك المعروضة خارج السياق.

(٤) كانت الجمل التي يسمع فيها المتحدث ويري مفهومة أكثر من تلك التي يسمع فيها المتحدث فقط.

وجدير بالذكر أنه ليس هناك تطابق تام بين مستوي ونوع الفقد السمعي ونماذج النطق الخاطئ لكن بصفة عامة، كان الفقد أقل حدة كلما قل تأثير الكلام واللغة وحيث أن الأصوات الساكنة خاصة تلك الأصوات عالية التردد (مثل الأصوات الصفيرية كصوت / س /، /ذ/، / ص/ تكون ذات حدة كافية أقل في إنتاجها من الأصوات المتحركة فإن الأصوات الساكنة تميل إلى أن تكون أكثر تكرارًا في إساءة نطقها.

رابعًا: اضطرابات التواصل لدى ذوي الإعاقة البصرية:

إن النمو اللغوي ـ بوجه عام ـ لدى الطفل المعوق بصريًا يبدو مكافئًا للنمو اللغوي لدى الطفل المبصر.إلا أن المتتبع لما كتب عن النمو اللغوي لدى المعوقين بصريًا ، يلاحظ أن هناك رأيين حول لغة المعوقين بصريًا :

الرأي الأول : يشير إلى أن الإعاقة البصرية لا تؤثر على النمو اللغوي ؛لأن حاسة السمع هي القناة الرئيسية لتعلم اللغة.

الرأي الثاني: يشير إلى أن النمو اللغوي لدى الطفل المعوق بصريا يختلف عنه لدى الطفل المبصر؛حيث يوصف الطفل المعوق بصريا بأن لديه لا واقعية لفظية.والمقصود باللاواقعية اللفظية verbal unreality هو اعتماد الطفل المعوق بصريا على الكلمات والجمل التي لا تتفق وخبراته الحسية.فالمعوق بصريا يصف عالمه اعتمادا على وصف المبصرين له، ولهذا فهو يعيش في عالم غير واقعي وما يعنيه ذلك هو إن المعوق بصريا حين يصف بيئته لا يصفها بكلمات ذات معنى بالنسبة لما يحس به هو (منى الحديدي، ١٩٩٨: ٨٢).

إن اللاواقعية اللفظية ما هي إلا محاولة من المعوق بصريًا للحصول على موافقة بيئته التي يعيش فيها ولذلك فهو يتصرف ويسلك تبعًا لما تريد بيئته.وهناك لغة غير لفظية يتواصل من خلالها الأشخاص كهز الرأس، والتعبيرات الوجهية ووضعية الجسم، ولا يعي المعوق بصريًا الأبعاد البصرية للتواصل، فهو يستقبل معلوماته من الكلمات ونبرة الصوت فقط وكلاهما قد يساء تفسيره.

كما تعني ظاهرة اللفظية لدى المكفوفين عند بعض الباحثين (القريطي، ٢٠٠٥) مبالغة المكفوفين في الاعتماد على مفاهيم لغوية وكلمات ذات مدلولات بصرية، لا يستخدمها سوى المبصرون في وصف الأشياء والخبرات، كأن يصفوا الدم بكونه أحمر بدلاً من وصفة بأنه سائل لزج، أو يصفو الحديقة بكونها خضراء بدلاً من كونها ذات ظلال وارفة.ومع أن هذه الكلمات والمفاهيم ذات المدلول البصري لا تعني شيئًا بالنسبة لهم ؛لأنها غير مبنية أصلاً على أساس خبرات واقعية، كما أنها خارجة عن نطاق خبراتهم الحسية ؛حيث لا يستطعون تعيين الأشياء التي ترمز لها هذه الكلمات، إلا أنهم يفرطون في استخدامها، ربما تعبيراً عن رغبتهم في إشعار المبصرين بأنهم ليسوا أقل منهم من حيث المعرفة بها، أو شكل من أشكال التعويض

عن الحرمان من حاسة الإبصار، أو لأن هذه الكلمات والأوصاف من شأنها تسهيل عملية التواصل مع المبصرين.

وقد أطلق كتسفورث Cutsforth(1951) على هذه الظاهرة أو الخاصية اللغوية اسم اللاوقعية اللفظية ووصفها آخرون بأنها لفظية ذات توجه بصري visually oriented verbalism (خضير والببلاوي، ٢٠٠٤).

والسؤال الذي يطرحه السياق :كيف تبدأ هذه اللاواقعية اللفظية لدى الطفل الكفيف؟ والإجابة مؤداها أن اكتشاف اللغة والكلام له أهميته الخاصة في نمو الطفل الكفيف، ذلك أن اللغة تساعد على اتساع مجال السلوك في أنها تتضمن علاقات شخصية متبادلة من ناحية، وإنها تقدم وسائل للسيطرة على الأشياء البعيدة عن المدى المباشر من ناحية أخرى، إلا أن القيمة الموضوعية الاجتماعية لاكتساب اللغة في خبرة الطفل المبصر تختلف عن المكانة التي تحتلها في حياة الطفل الكفيف فالكلمات بالنسبة للطفل الكفيف تصبح مصدراً للاستثارة الذاتية بدرجة أكبر مما لدى الطفل المبصر فهي تعود بالطفل ثانية تجاه ذاته وتجعل له بيئته الخاصة، ومن هنا تبدأ عند الطفل الكفيف ظاهرة اللاواقعية اللفظية.

كما يمكن القول أن اللاواقعية اللفظية تنشأ بالإضافة إلى ما سبق كنتيجة لاعتماد الكفيف على الكلمات والجمل التي لا تتفق وخبراته الحسية، ذلك أن الكفيف - كما سبقت الإشارة - يصف عالمه اعتمادا على وصف المبصرين له، ولهذا فهو يعيش في عالم غير واقعي، وهذا يعني أن الكفيف لا يصف بيئته بكلمات ذات معنى بالنسبة لما يحس به هو، إنما وفقاً لما يحس ويشعر به الآخرون فهو يصف البيئة من حوله بعيون الآخرون معتمداً على وصف المبصرين له، ومن خلال كلمات ليس لها معنى لما يحس به هو، بل يعمل كما يريد المجتمع، ويستقبل المعلومات من الكلمات التي يسمعها، وليس من الإيماءات والتعبيرات الوجهيه نظراً لفقدانه القدرة على الإبصار تلك القدرة التي تستقبل مثل هذه المثيرات ولذلك تعد حاسة السمع بالنسبة له من أهم الحواس ذات العلاقة باللغة ومن أجل هذا نراه يحافظ على تواصله مع البيئة عن طريقها.

وقد لخص الموسى(١٩٩٦) ابرز ما يمكن ان يقوم به المعلمون إزاء ظاهرة اللفظية لدى الأطفال المكفوفين في النقاط الخمس التالية :

الأولى : الاستعانة بأشكال حقيقية طبيعية أو مصنوعة داخل غرف الدراسة.

الثانية : القيام مع التلاميذ برحلات ميدانية قصيرة داخل المدرسة وخارجها.

الثالثة: العمل على تحويل المفاهيم اللغوية إلى أفعال وخبرات حركية كلما كان ذلك ممكنًا .

الرابعة : مراعاة الا تكون تنمية المفاهيم الحسية لدى الأطفال المكفوفين على حساب تنمية المفاهيم غير الحسية.

الخامسة : الاستفادة ما أمكن من أساليب وتطبيقات علم النفس اللغوي وعلم الاجتماع اللغوي وسياق الكلام والتركيبات النحوية في اللغة في تنمية المفاهيم غير الحسية لدى الأطفال المعوقين بصريًا .

ويهمنا الآن تناول بعض اضطرابات اللغة والكلام الأكثر شيوعًا وانتشارًا لدى المعوقين بصريًا وذلك على النحو الت إلى :

(أ) الإبدال : أي أن يقوم الطفل المعوق بصريًا بإبدال صوتٍ بصوتٍ آخر، كإبدال صوت /ش/ بصوت /س/ أو صوت /ك/بصوت /ق/.

(ب) التشويه : ويعني استبدال أكثر من حرفٍ في الكلمة بأحرف أخرى تؤدى إلى تغيير معناها، أو تحريفه، ومن ثم عدم فهم ما يريد أن يقوله الطفل.

(ج) العلو : ويتمثل في ارتفاع وجهارة صوت الطفل الكفيف بما لا يتناسب أو يتلاءم مع طبيعة الموضوع الذي يتكلم عنه.

(د) عدم تغيير طبقة الصوت: بحيث ينتاب الكلام الرتابة لكونه يلتزم نبرة ووتيرة واحدة.

وبالإضافة إلى ما سبق هناك القصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهيَّة والجسّمية المصاحبة للكلام والقصور في التواصل بالعينين مع المتحدث، والذي يتمثل في عدم التغير أو التحول في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع للمتكلم، والقصور في التعبير، وهو

نتيجة متوقعة في ظل القصور في إدراك بعض المفاهيم إدراكًا بصريًا ، أو إدراك العلاقات أو الأحداث، وما يرتبط بها من قصور في استدعاء الدلالات اللفظية التي تعبر عنها.

ومما تجدر الإشارة إليه في سياق الحديث عن أثر الإصابة بالإعاقة البصرية على النمو اللغوي لدى المعوقين بصريًا إحدى الخصائص اللغوية الشائعة لدى المكفوفين أعني ظاهرة اللفظية Verbalism وهي تعني الإفراط في استخدام الألفاظ على حساب المعنى، كما تعني المبالغة في وصف خبرة ما. ويرى بعض الباحثين أن هذه الظاهرة تعبر عن رغبة الكفيف في إشعار الآخرين بمدى معرفته بهذه الخبرة، وينتج هذا عن القصور في الاستخدام الدقيق للكلمات أو الألفاظ الخاصة بفكرة معينة، فيلجأ إلى سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ لعله من خلالها يوضح هذه الفكرة أو يوصل المعنى الذي يعنيه بصددها.

خامساً: اضطرابات التواصل لدى ذوي الشلل الدماغي :



كشفت نتائج العديد الدراسات عن أن الاضطرابات العصبية الحركية تظهر أن اضطرابات النطق تنتشر بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي بما يقرب من ٧٠٪ إذ تسبب أنواعًا كثيرة من الشلل الدماغي مشكلات في النطق وذلك بسبب إصابة مراكز الدماغ التي تحد من القدرة على ضبط وتحريك العضلات المسؤولة عن الكلام، ومنها عضلات الفكين والحلق واللسان والرئتين أو إصابة الأعصاب التي تنتهي في هذه العضلات هذا إلى جانب إصابة المنطقة الصدغية المسؤولة عن النطق في المخ. وعادة يكون التنفس المضطرب هو السبب الرئيسي في اضطرابات النطق لدى المصابين بالشلل الدماغي.

ومن أهم أشكال اضطرابات النطق التي يعاني منها الأطفال المصابين بالشلل الدماغي كما يشير السرطاوي والصمادي (١٩٩٨) ما يلي :

١- **شلل عضلات النطق Dysathria** : تحدث اضطرابات النطق نتيجة لوجود شلل في العضلات والأجهزة المسؤولة بشكل مباشر عن إنتاج الكلام ويحدث هذا الشلل بسبب إصابة الدماغ في المنطقة المسؤولة عن الحركة والتي تؤدى نفسها إلى حالة الشلل الدماغي وتجدر الإشارة هنا إلى أن الفرد المصاب بالشلل في عضلات النطق يجد صعوبة بالغة في لفظ الأصوات بشكل مناسب.

٢- **الخلل في اختيار وتتابع الكلام (أبراكسيا) Apraxia** : يظهر الخلل في اختيار وتتابع الكلام على شكل صعوبة في اختيار مواقع الأصوات والمقاطع في الكلمات والجمل، ويحدث نتيجة الإصابة العضوية العصبية وبالت إلى فإن الذي يعاني من هذا النوع من الاضطراب يغير المواقع والمقاطع كما أن هذا الاضطراب يظهر على شكل خلل في تتابع الكلمات والعبارات بترتيب ونسق معين يبدو معه الفرد غير قادر على إعادة الكلمات والعبارات بشكل صحيح.

٣- **فقدان النطق أو الحبسة (أفيزيا) Aphasis** : وهو فقدان كلي أو جزئي في اللغة الاستقبالية أو التعبيرية أو كليهما خاصة إذا أصيبت المراكز الدماغية المسؤولة عن اللغة، وعادة ما تكون هذه الإصابة ناتجة إما عن نزيف أو جلطة دموية في الدماغ. وما نركز عليه هنا هو الجانب التعبيري للغة والذي يشمل قدرة الفرد على التعبير اللفظي والتواصل مع الآخرين والفشل في التعبير اللفظي في حالة فقدان النطق بشكل كلي او ضعف في التعبير اللفظي يكون ناتجاً عن عوامل عضوية وهو المقصود بفقدان النطق.

إجراءات تقييم اضطرابات اللغة والكلام:

إن تقييم اضطرابات اللغة قد يتطلب فريق متعدد التخصصات. فقد يتضمن فريق التقييم بالإضافة إلى معلم التعليم العام ومعالج اللغة والكلام، وممرضة المدرسة واخصائي السمع أو الأخصائي النفسي المدرسي ومعلم التربية الخاصة. ويتم تقييم الطالب في مجالات كثيرة مثل: السمع، والأداء العقلي، والتحصيل الأكاديمي، ومهارات اللغة.



إن تقييم اللغة يركز بصورة تقليدية على كل من الاستقبال والتعبير. إذ يتم تقييم قدرة الطفل على استقبال وفهم المعلومات اللغوية، وتقييم مهارة الطالب في استخدامه لرموز اللغة للتعبير عن أفكاره. ومن المقاييس المقننة التي تُقّيم هذين البعدين: اختبار نمو اللغة الأولية - الطبعة الثالثة، (Test of Language Development-Primary) (Newcomer & Hammill (1997)) وهو اختبار فردي يلائم الأطفال من اعمار ٤ - ٩ سنوات. ويقوم هذا الاختبار بتقييم ثلاثة ملامح رئيسة في اللغة هي : دلالات الألفاظ "جوانب المعني في اللغة (semantics)"، والتراكيب "الجوانب النحوية في اللغة (syntax)"، والفونولوجيا "النظام الصوتي للغة (phonology)".

اما فيما يتعلق باضطرابات النطق فعلى الرغم من عدم وجود أساس مشترك بين الأفراد ذوي اضطرابات النطق والاضطرابات ذاتها إلا إن هناك فروقًا لابد من أخذها في الاعتبار من جانب أخصائي التخاطب عند اختيار الاختبارات الملائمة، وتتضمن هذه الفروق السن، والجنس، ودرجة الاضطراب، وأسباب الاضطراب والاهتمامات الشخصية والأسرية ومستوي الأداء العقلي ومستوي التآزر الحركي، والعوامل الانفعالية والبيئية والغرض من الإحالة للأخصائي إذ لابد ان نضع في اعتبارنا الأساس المنطقي الذي نعتمد عليه في انتقاء الاختبارات والإجراءات الأخرى ، إذ ينبغي أن يحدد التشخيص ليس فقط طبيعة الاضطراب ولكن أيضا الظروف التي يظهر فيها.

وعادة ما يتم اكتشاف الأطفال ذوي عيوب النطق من خلال الوالدين أو الآخرين ذوي العلاقة بالطفل لوجود خلل في نطقه وفي بعض الأحيان تقوم بعض المدارس بإجراء بعض الفحوص السريعة التي لا تزيد عن دقيقتين أو ثلاث لكل طفل، حيث يطلب الأخصائي أثناء

هذا الفحص من الطفل أن يقول : اسمه، وعنوانه، ويسمي بعض الألوان، ويصف بعض الصور، ويكرر جملة معينة، مثل " يجب أن أذهب إلى المدرسة كل يوم، وأن أتناول طعام الإفطار ".

او " العب الكرة مع زملائي دون أصيب أحد " و إلى غير ذلك من العبارات وهنا يتحتم على الأخصائي التركيز على الأصوات التي يشيع فيها اضطرابات النطق لدى الأطفال وذلك لتحديد ما إذا كان كلام الطفل طبيعي أم يعاني من عيوب ومشكلات في النطق.

وسواء تم اكتشاف اضطرابات النطق من خلال الوالدين او الفحوص المدرسية وتبين ان الطفل يعاني من خلل ما، ينبغي في هذه الحالة إجراء اختبارات موسعة على الطفل تتضمن فحوصًا طبية وقياسية حتى يتم تحديد درجة ونوع الاضطراب الذي يعاني منه الطفل.

ومن بين الإجراءات التي ينبغي على الأخصائي إتباعها ما يلي :

١ـ تاريخ الحالة : Case History

يطلب المعالج من الوالدين والأخوة ذوي الأهمية في حياة الطفل ملء استمارة تاريخ الحالة تلك التي تتضمن بعض المعلومات عن الطفل كالبيانات العامة وتاريخه الولادي والصحي والأمراض التي أصيب بها والحوادث التي تعرض لها، والمشكلات الاجتماعية التي يعاني منها، وطبيعة علاقته بوالديه وأخوته، وأسلوب معاملة الوالدين له، وطبيعة سلوكه و إلى غير ذلك. وعلى الرغم من أن تاريخ الحالة قليلا ما يظهر أسباب اضطرابات النطق التي يعاني منها الطفل إلا أن المعالج يجب أن يكون منتبهًا لبعض الأسباب التي تظهر دراسة الحالة كالحوادث والأمراض أو الإصابات والتي يمكن أن تكون سببا في تلف بعض مراكز المخ المسؤولة عن إنتاج الكلام وفهمه مثلا، وكذلك من الجدير بالذكر إنه يجب التعرف على انعكاس اضطرابات النطق على الحياة الاجتماعية والنفسية والدراسية للطفل، حيث أنه في بعض الأحيان قد تكون مثل هذه الانعكاسات سببا في تأخر او فشل العلاج.

٢ـ فحص أعضاء النطق :

من الإجراءات الضرورية للكشف على مدي سلامة اعضاء النطق لدى الطفل، هو أن يخضع الطفل لفحص دقيق من قبل بعض الأطباء ذوي التخصصات المختلفة، وذلك للتعرف

على المشكلات العضوية التي قد تكون سببا وراء تلك المشكلة فمثلا يقوم أخصائي الأنف والأذن والحنجرة بالبحث عن التهابات بالحلق والزوائد الأنفية، ومدي انتظام الحنك الصلب وسلامته، فربما يظهر الفحص وجود شق أو خلل به، وفحص حركة اللهاة للتأكد من عدم وجود اي علامات على الشذوذ التركيبي وللتأكد من أنها يمكن أن تتحرك للخلف ولأعلى لتغلق فتحة البلعوم أثناء إنتاج الأصوات الأنفية وكذلك التعرف على مدي سلامة الأوتار الصوتية وكفاءة حركة الشفتين وانطباقهما والقدرة على التحكم فيهما وحركة اللسان والقدرة على السيطرة عليه ومدي مناسبة طوله لحجم الفم، وحركة الفكين ومدي قدرة الطفل على إطباقهما و إلى غير ذلك مما يقع في نطاق وتخصص هذا الطبيب.

كذلك لابد من عرض الطفل على أخصائي الفم والأسنان لتحديد مدي انتظام الأسنان أو وجود تشوهات بها، أو تساقط بعضها أو وجود فجوات واسعة بينها أما أخصائي امراض الصدر فيحدد مدي كفاءة الجهاز التنفسي وقدرته على إنتاج هواء الزفير الكافي لإخراج الأصوات بشكل مناسب وتعد كل هذه الإجراءات وغيرها من الإجراءات الأخرى وسيلة للتأكد من كفاءة أعضاء النطق من عدمه.

٣ـ فحص السمع :

من بين هذه المقاييس مقياس تقويم السمع الذي أعده نوبل وأثيلي Noble & Athaley، والذي يكشف عن قدرة الطفل على سماع الكلام العادي من المصادر المختلفة كالوالدين والتليفزيون والمذياع في المدرسة وكذلك مدي حدة سمع الأصوات غير الكلامية كصوت الحيوانات ووقع الأقدام ودقات الساعة وسيل الماء، وأيضا تحديد مصدر الصوت، وما إذا كان يحس الطفل بالتشويش في كلام الآخرين أو حدوث رنين في أذنه.

وهناك أيضا مقياس الإعاقة السمعية الذي أعده هاي .High, W وغيرها من المقاييس الأخرى التي تعطينا بعض المؤشرات التي يمكن أن تدفعنا إلى إجراء المزيد من الفحوص في حالة ما إذا كانت تشير نتائجها إلى وجود نوع من الفقد السمعي وإذا ما ثبت ذلك بالفعل يتم تحويل الطفل إلى أخصائي السمع ليخضع لفحص سمعي شامل لتحديد درجة الفقدان السمعي حتى يمكن اتخاذ التدابير اللازمة لمساعدة الطفل من بينها: تركيب سماعة للأذن ، أو إجراء عملية لترقيع الطبلة ، وغير ذلك من الإجراءات الأخرى.

٤ـ التقدير العقلي :

احد الجوانب الأولية التي لابد من تقديرها لدى الطفل الذي يعاني من اضطرابات النطق هو الأداء العقلي حيث لابد من تطبيق بعض الاختبارات عليه للتعرف على معامل ذكائه ومنها اختبار الذكاء لـ ستانفورد – بينيه (الصورة الرابعة) واختبار وكسلر وذلك لتحديد ما إذا كان الاضطراب الذي يعاني منه الطفل يعزي إلى الإعاقة الفكرية أم لا.

٥ـ تقدير إنتاج الصوت :

بعد التعرف على تاريخ الحالة وإجراء الفحوص السابقة تأتي الخطوة التالية التي تتعلق بتحديد نوع اضطراب النطق الذي يعاني منه الطفل (إبدال – حذف – تحريف أو تشويه – إضافة – ضعف) وكذلك تحديد الأصوات التي تحدث فيها تلك الاضطرابات وتحديد موضع الاضطراب في الكلمة (البداية – الوسط – النهاية – مختلط) وفي هذه الخطوة يتم التعرف على نوع اضطرابات النطق التي يعاني منها الطفل من خلال قيام أخصائي التخاطب بالإجراءات التالية :

أولا : جمع عينات كلامية

حيث يقوم أخصائي التخاطب بأخذ عينات من الكلام الحواري للطفل في المواقف المختلفة، وفي هذا الإطار نجد أن العديد من الأخصائيين يقومون بابتكار العديد من الأساليب التي يحصلون عن طريقها على عينات من كلام الطفل وذلك لتحليلها وتحديد المشكلة التي يعاني منها ومن بين هذه الأساليب ما يلي :

(١) أسلوب الحوار :

يستفيد أخصائي التخاطب من كون الطفل قادرا ومتقبلا لإجراء حوار معه ذلك الحوار الذي يفيده في تحديد مدي سلامة نطق الطفل، ومن بين الموضوعات التي ربما يفضلها الأطفال عند إجراء الحوار معهم الحديث عن برامج التليفزيون والرسوم المتحركة والأفلام والحيوانات الأليفة وعن أنواع العابهم ومع من يلعبون ومن هم اصدقاؤهم المقربون و إلى غير ذلك من الموضوعات التي تساعد الطفل على الاسترسال في الحديث.

اما في حالة الأطفال الذين لا يستجيبون لإجراء مثل هذا الحوار معهم فمن المفيد هنا استدعاء أولياء الأمور والأخوة للاشتراك في الحوار وقد لا يتدخل أخصائي التخاطب وإنما

يقتصر دوره فقط على ملاحظتهم من خلال وجوده داخل الغرفة في احد اركانها او بالاستماع إليهم عبر مرآة احادية الاتجاه أو تسجيل ذلك الحديث والاستماع إليه فيما بعد أو اي اسلوب اخر يستطيع من خلاله الأخصائي تقدير نطق الطفل اثناء سياق الكلام غير أن اسلوب الحوار يتطلب أخصائي على درجة عالية من الكفاءة حتى يكون قادرا على التقاط عيوب النطق وتسجيلها دون إغفال أي منها.

(٢) أسلوب السؤال والجواب :

تقدم الأسئلة والأجوبة عينات كثيرة من انماط وأشكال النطق ولكن من الضروري أن يتجنب أخصائي التخاطب الأسئلة التي يجيب عنها الطفل بإيجاز من قبيل الإجابة بنعم أو لا والأسئلة التي يجيب عنها بإجابات قصيرة لا يستطيع من خلالها الأخصائي التعرف على عيوب النطق لدى الطفل، ومن أمثلة تلك التساؤلات : من هم أصدقاؤك في المدرسة ؟. ما هي أحب الصفات التي تفضل أن تجدها في أصدقائك وتقربك منهم ؟. ما عمر أخوتك وجنسهم وهوايات كل منهم ؟. وإلى غير ذلك من التساؤلات التي يمكن أن تكون مجالا يستطيع من خلاله الأخصائي التعرف على مدي سلامة نطق الطفل.

(٣) أسلوب الألفاظ المتتابعة :

وفي هذا الأسلوب يطلب أخصائي التخاطب من الطفل التلفظ بألفاظ متتابعة مثل : ذكر أيام الأسبوع، شهور السنة، الفصول الأربعة، والأحرف الأبجدية، وعد الأرقام وتسمية الألوان وغيرها، حيث أن هذه الألفاظ تحتوي على كثير من الأصوات اللغوية تمكن الأخصائي من جمع عينات من كلام الطفل فيستطيع من خلالها التعرف على الأصوات غير الصحيحة. ويتميز هذا الأسلوب بأنه ممتع للأطفال الصغار لأنه سهل نسبيًا كما يمكن أن نطلب من الطفل غناء بعض الأغنيات التي يحفظها حتى نحصل على عينات أكبر من الكلام يمكن الاستفادة منها في تحديد اضطرابات النطق التي يعاني منها الطفل.

(٤) أسلوب الملاحظة :

يمكن تطبيق العديد من طرق الملاحظة المختلفة للحصول على عينات من كلام الطفل ثناء الحوارات مع آخرين ويقوم من خلالها الأخصائي إما بدور المشاهد أو المشارك وأيا

كان الدور الذي سوف يقوم به يجب ان يتمتع الأخصائي بالعديد من المهارات التي تتطلبها عملية الملاحظة ومنها المهارات السمعية والبصرية إذ إن إحدى المهارات المهمة التي يجب أن يمتلكها الأخصائي هي مهارات الاستماع المميز حيث أن الاستماع والرؤية هما من مقومات الأخصائي الكفء. ومن بين الأنشطة التي يمكن أن يشترك فيها الأطفال ليسهل على الأخصائي ملاحظتهم : أنشطة اللعب، وبناء المكعبات، وسرد قصة يعرفها أو التعليق على بعض الصور التي تحتويها بعض كتب الأطفال.

ثانيا : إجراء الاختبارات القياسية :

بالإضافة إلى إجراءات أخصائي التخاطب في جمع عينات كلامية عبر أسلوب الحوار، و أسلوب السؤال والجواب، و أسلوب الألفاظ المتتابعة، و أسلوب الملاحظة، هناك تطبيق لبعض المقاييس ذات الأهمية في هذا الخصوص ومن ومن بين هذه المقاييس ما يلي :

(١) مقياس اريزونا لبراعة النطق :

وهو من إعداد فودالا Fudala يضم الاختبار مجموعة من الصور تعبر عن معظم الأصوات اللغوية وثمان توليفات من الأصوات الساكنة في الموضع الأول والأخير من الكلمة فمثلا لاختبار صوت /ك/ تقدم صور كرة لتعبر عن صوت /ك/ في بداية الكلمة، وصورة شباك لتعبر عنه في نهاية الكلمة وقدمت هذه البطاقات مصورة ابيض وأسود مقاس ٥ × ٦ ويتم تسجيل الأخطاء في ثلاث خانات تعبر عن اضطراب النطق لدى الطفل هي (الحذف – التحريف – الإبدال) كما يضم المقياس استمارة بها ٢٤ جملة يطلب من الطفل قراءتها في حالة ما إذا كان يستطيع القراءة بصوت مسموع وتحتوي هذه الجمل على فونيمات معينة في كلمات أساسية كما يتضمن المقياس استمارة مسح لفحص الأصوات التي كثيرا ما يخطئ فيها الأطفال ولا يستغرق الاختبار أكثر من ٣٠ دقيقة ويتم تطبيقه بصورة فردية ويتميز بسهولة تطبيقه وتتضمن إجراءات تطبيقه ما يلي :

- تقديم البطاقات المصورة مسبوقة بعدد من التعليمات منها ما يقوله المعالج للطفل مثل "سوف أعرض عليك بعض الصور، أو أن تخبرني بما تعنيه هذه الصور " وهنا ينتظر المعالج من الطفل أن يسمي ما في الصور.

❖ في حال ما إذا لم يقم الطفل بتسمية الصورة يقوم المعالج في هذه الحال بتسمية الصورة بصوت واضح للطفل، ويطلب منه أن يكرر ما قاله، وهكذا حتى ينتهي المقياس.

ولحساب صدق وثبات هذا المقياس فقد تم تطبيقه على (١٤٥) طفلا وقد حقق نتائج ثبات وصدق مرتفعة ويقدم المقياس خطوطا معينة لتقدير القابلية للاستثارة وتفسير الدرجة الإجمالية التي يقدمها المقياس.

(٢) اختبار كفاءة النطق :

وهو من إعداد جولدمان وفريستو Goldman,R.& Fristoe,M.(1988) ويتكون الاختبار من (١٠٩) صورة ملونة معروضة على (٣٥) بطاقة تختبر (٢٥) صوتا متحركا كما يتضمن الاختبار استمارة مختصرة للفحص، واستمارة تتضمن بعض العبارات (وتتكون من خمسة عشرة جملة، احدي عشر منها لفحص الأصوات الساكنة، وأربعة لأصوات العلة) تستخدم مع الأفراد كبار السن ويطبق الاختبار على الأعمار ما بين ثلاث سنوات إلى سن الرشد.

ويستغرق تطبيقه ٢٠ دقيقة تقريبًا وتتضمن إجراءات الاختبار ما يلي :

- ☒ يطلب من الطفل النظر إلى الصورة وتسميتها.
- ☒ في حال الصور التي لم يتعرف الطفل على مسماها تعطي له بعض العبارات التي تساعده في التعرف عليها. ويتم تسجيل الاستجابات على النحو الت إلى :
- ☒ تسجيل الاستجابات الصحيحة التي لم يتدخل فيها الأخصائي.
- ☒ تسجيل الأصوات التي تم إبدالها بالصوت الصحيح.
- ☒ تسجيل الأصوات التي تم حذفها.
- ☒ تسجيل الأصوات التي يحدث لها تحريف أو تشويه.

(٣) مقياس كفاءة النطق المصور:

وهو من إعداد إيهاب الببلاوي (٢٠٠٤أ) ويهدف إلى تشخيص اضطرابات النطق لدى الأطفال في البيئة العربية حيث لا يتوفر مقياس مقنن يقيس مدي كفاءة النطق لدى الأطفال في البيئة العربية. كما أن المقاييس الأجنبية التي استطاع معد المقياس الإطلاع عليها

مثل اختبار النطق لكل من جولدمان وفريستو Goldman,R.& Fristoe,M.(1988) (١٩٨٨)، ومقياس اريزونا لبراعة النطق من إعداد فودالا Fudala, J. (١٩٧٠)، والاختبار العميق للنطق إعداد ماكدونالد McDonald,E. (١٩٦٤) لا تصلح للتطبيق في البيئة العربية وذلك لاختلاف التركيبات اللغوية، كما أن العديد من هذه المقاييس اعتمد في أجزاء كبيرة منه على نطق الأصوات التي تقيس كلمات وهي بالطبع كلمات إنجليزية إذا تمت ترجمتها للعربية تغيرت إلى كلمة أخري، أصبحت تقيس صوت مختلف عن ذلك الذي يقصده مصمم المقياس، هذا إلى جانب أن تلك المقاييس الأجنبية التي اعتمدت على البطاقات المصورة ومن هنا عمد معد المقياس إلى تصميم مقياس للنطق يعتمد على الأسس التالية :

(١) يقدر المقياس كفاءة الطفل على نطق الأصوات اللغوية من صوت / أ / إلى صوت / ى/ في مواضع الكلمة الثلاثة (البداية – الوسط – النهاية).

(٢) يصاحب كل كلمة صورة تعبر عن الكلمة وذلك لتفادي ضعف الطفل في القراءة، حيث اننا لسنا بصدد تقييم مستوي الطفل القرائي، وإنما التعرف على مدي قدرته على النطق الصحيح للأصوات اللغوية ضمن كلمات، وخاصة أن أفراد العينة التي تطبق فقرت المقياس عليهم هم من التلاميذ الملتحقين حديثًا بالصف الأول الابتدائي، وقد لا يجيد بعضهم القراءة.

(٣) يسجل في الاستمارة المرفقة بالمقياس نوع اضطرابات النطق التي يعاني منها الطفل (إبدال – حذف – تشويه – إضافة)، وموضع هذا الاضطراب في الكلمة (البداية – الوسط – النهاية – مختلط)، ومدى قدرته على نطق الصوت بمفرده أو بمساعدة المقدر.

وفي ضوء ذلك تم اختيار ثلاث كلمات لكل صوت، تعبر عن مواضع الكلمة الثلاثة (البداية – الوسط – النهاية) فتجمع لدى معد المقياس (٨٤) كلمة والصور الدالة عليها.

علاج اضطرابات النطق :

قبل البدء في العلاج ينبغي على الوالدين اتباع عدد من الخطوات الإرشادية حتى يؤتى العلاج ثماره، ومن بين هذه الإرشادات ما يلي :

(١) ضرورة أن يبتعد افراد الأسرة عن تأكيد عادات النطق الخاطئة لدى الطفل، أو تعزيزها. بمعنى انك . الوالد أو الوالدة أو الأخوة . عندما تسمع نطق الطفل الخاطئ وتكرره على مسامعه بنفس الطريقة التي ينطقها بها من باب الضحك والهزل، فإنك تؤكد بذلك على نطق الكلمات بشكل خاطئ وتجعلها متأصلة في ذهن الطفل دون أن تدرى.

(٢) ينبغي عند تصحيح نطق الطفل الخاطئ عدم إجباره على التصحيح بشكل صارم، إذ إن هذا السلوك يؤدى إلى عناد الطفل وإصراره على الخطأ، لذلك عندما تسمع الطفل ينطق كلامًا ما بطريقة خاطئة يجب على أفراد الأسرة أن يعيدوا على مسامع الطفل الكلمة بنطقها الصحيح دون توبيخ أو ضغط عليه.

(٣) ينبغي على افراد الأسرة أيضًا عدم المبالغة في تصحيح أخطاء نطق الطفل وخاصة في بداية العلاج معه حتى لا يؤدى ذلك إلى نتائج عكسية.

(٤) من الضروري أن يوفر كل أفراد الأسرة الفرصة للطفل للتواصل اللفظي مع الآخرين المحيطين به من الأقارب والجيران وزملائه وأخوته.. وغيرهم، إذ يسهم ذلك التواصل في تنمية مهارات النطق لديه، إلى جانب انها توفر له الفرصة لإقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين.

(٥) من الضروري إشراك الطفل في الأنشطة والمواقف التفاعلية المختلفة داخل المنزل وخارجه، ومحادثته عن تلك الأنشطة مما يترتب عليه معرفة الطفل لمسميات كثير من الأشياء واستخدامها مثل خبرة الذهاب إلى السوق والرحلات والحدائق.. إلى غير ذلك من الأماكن التي يمكن أن تكون مجالاً خصبًا للحديث معه.

(٦) من الضروري إثراء بيئة الطفل بالمجسمات والألعاب والصور والأشكال، مع مصاحبة هذه الأشياء بأنواع من الحكايات والقصص التي تدور حول هذه الصور، الأمر الذي يؤدى في النهاية إلى اكتساب خبرات لغوية جديدة، وكلمات ينطقها الطفل لأول مرة.

(٧) ينبغي أيضًا عندما ينطق الطفل الصوت بشكل صحيح أن يُعزز الطفل، اي نقدم له مكافأة على ذلك، حتى يشجعه هذا على تكرار الصوت في أكثر من موضع وفي مواقف مختلفة لينسحب هذا النطق الصحيح على باقي كلامه العادي.

(٨) من الضروري على أفراد الأسرة التعرف على ما يتدرب عليه الطفل في كل جلسة علاجية لتدريبات النطق لكي يستخدموا نفس التدريبات في المنزل، فقد يقوم الأخصائي بتدريب الطفل على نطق الصوت في بداية كلمات معينة، ويحاول الأهل ان يجعلوا الطفل ينطق نفس الصوت ولكن في مواضع أخرى غير التي تدرب عليها، فيؤدى ذلك إلى فشل الطفل وشعوره بالإحباط، وقد يؤدى ذلك إلى نكوصه (ارتداده) مرة اخرى للنطق غير الصحيح للصوت.

(٩) ينبغي على افراد الأسرة تدريب الطفل بشكل يومي على نطق الصوت الذي يتم تدريب الطفل عليه في كلمات وجمل.. وغيرها من التدريبات الأخرى.

(١٠) على الوالدين والمحيطين بالطفل أن لا يملوا من متابعة الطفل، وذلك لأن عملية استئصال العادات النطقية غير الصحيحة تحتاج إلى وقت طويل.

وفيما يلي أهم التدريبات المبدئية التي تؤهل الطفل للنطق الصحيح، ومن بين هذه التدريبات ما يلي :

أولا : تدريب أعضاء النطق :

تحتاج العديد من حالات اضطرابات النطق لتدريب الأعضاء المسؤولة عن عملية النطق، وذلك بتنشيطها ومساعدتها من خلال تلك التدريبات للقيام بوظائفها بشكل طبيعي، ومن بين هذه التدريبات ما يلي:

(١) تدريب الجهاز التنفسي :

تهدف التمارين الخاصة بعملية التنفس إلى التدرب على عمليتي التنفس (الشهيق والزفير) بفعالية وكفاءة عالية، وذلك لإخضاع الجهاز التنفسي لنظام محدد، بحيث يكون الزفير من الفم بصوت مسموع، والشهيق من الأنف مع ثبات الأكتاف وغلق الفم. هذا إلى جانب تدريب الحجاب الحاجز على الاحتفاظ بالهواء، وكذا التحكم في الهواء الخارج من الشفتين، وذلك لكي نحصل من هذه التدريبات على المادة الخام (هواء الزفير) الذي يعد المعين الأول لبدء عملية النطق.

وتستخدم تمارين النفخ في شكل العاب يقوم بها الطفل كنشاط محبب لنفسه، يساعده على الاستمرار في التدريب، ويتم ذلك من خلال التدريبات التالية:

☒ **النفخ في البالونات المطاطية:** ونبدأ في بداية هذا التمرين بالبالونات ذات السمك القليل، ثم نزيد من سمك البالونات المستخدمة في التدريب، وذلك لكي يحاول الطفل إخراج أكبر كمية من هواء الزفير.



☒ **النفخ في أنبوبة داخل وعاء مملوء بماء ممزوج بصابون سائل:** أو سائل التنظيف المنزلي، وذلك لإنتاج فقاعات تتطاير في الهواء.

☒ **النفخ على شمعة لإطفائها:** ويراعى أن تكون الشمعة في بداية التدريب على مقربة من الطفل، ثم نبعد المسافة أكثر فأكثر، وذلك لكي يبذل الطفل مجهودًا أكبر في محاولة إطفائها، ومن ثم إخراج كمية أكبر من الهواء.

☒ **النفخ في الكرات البلاستيكية:** وذلك باستخدام كرة تنس الطاولة مثلاً بوضعها على طرف المنضدة ومحاولة النفخ وتوصيلها للطرف الآخر، ويمكن أن يشترك في هذا التمرين طفلين لتبادل نفخ الكرات

☒ **النفخ على قصاصات الورق الصغيرة أو قطع القطن:** والتي توضع في طبق أو على المنضدة ليقوم الطفل بالنفخ فيها لنشرها في الهواء ولأبعد مسافة ممكنة.

☒ **النفخ في طواحين الهواء:** تلك التي تستخدم في ألعاب الأطفال.

(٢) تدريب الأوتار الصوتية :

يعانى أحيانًا بعض الأطفال ذوى اضطرابات النطق من إخراج بعض الأصوات دون أن يسمع لها صوت، وفي هذه الحالة ندرك أن الطفل لم يحرك الوترين الصوتيين في نطق الأصوات التي تتطلب ذلك، كصوت /ب/، /ر/، /ذ/ .. وغيرها ومثل هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى تدريب الوترين الصوتيين، وذلك من خلال التمارين التالية :

◈ **التدريب بتقليد الأصوات :** حيث يطلب الأخصائي من الطفل ان يقوم بتقليد الأصوات التي توجد ضمن خبراته السمعية والتي من بينها :

(١) تقليد أصوات الحيوانات المختلفة والطيور المحببة لديه: مثل.. الكلب، والقطة، والخروف، والديك، والبقرة، والحمار،... وغيرها.

(٢) تقليد الأصوات التي تصدر عن بعض الآلات والماكينات: مثل أصوات الآلات الموسيقية، والقطارات، والسيارات،.. وغيرها.

(٣) تقليد أصوات الكبار وضحكاتهم: مثل أصوات وضحكات الرجال (هاها..)، والمسنين (هي هي..)، وصراخ الأطفال وضحكهم.

◈ **التدريب النطقي :** وفيه يتم تدريب الأوتار الصوتية من خلال نطق الأصوات الساكنة والمتحركة، ومن التدريبات التي تعطى للطفل ما يلي:

(١) التدرب على نطق الصوت المهموس (اللاصوتى) مع الصوت المجهور (الصوتي) الذي يقابله، كنطق صوت / ت/، / د/ معًا ، و/ ث /،/ ذ/.. وهكذا.

(٢) التدرب على نطق الصوت الساكن مضافًا إليه صوتًا متحركًا طويلاً مثل: با، بو، بى، دا، دو، دى.. وهكذا، ثم يتم تدريبه عليها بالحركات القصيرة.

(٣) **تدريب اللسان :**

يحتاج العديد من الأطفال إلى تدريب اللسان، وخاصة أولئك الذين لا يتحرك لسانهم بالدقة المطلوبة للكلام السليم، والذين يخطئون في وضع اللسان في مكانه السليم، فيندفع مثلاً للأمام بدلاً من تقهقره للخلف، ووضعه خلف الأسنان بدلاً من وضعه بينها.. وهكذا.

ومن هنا، فمن الضروري تقديم تدريبات لسان، نظرًا لما يلعبه من دور حيوي في نطق كثير من الأصوات الساكنة، ودورًا رئيسًا في نطق الأصوات المتحركة، وذلك حينما تتغير أوضاعه المختلفة، وينتج عن هذا التغيير صفات صوتية مختلفة، فنجد اللسان عند نطق ألف المد مثلاً يكون في مستوى أفقي، أما عند نطق الألف المضمومة يكون مقوسًا ، ويكون بين هذين الوضعين عند نطق الألف المكسورة.

ونظرًا لهذا الدور، فمن الضروري تدريب اللسان من خلال القيام بالتمارين التالية :

- ☒ أن يمد الطفل لسانه فوق شفته العليا والسفلي إلى أقصى قدر ممكن.
- ☒ أن يحرك لسانه بشكل دائري حول شفتيه من اليمين مرة،ثم إلى اليسار.
- ☒ أن يمد لسانه إلى الخارج بسرعة، ويعيده إلى داخل الفم ببطء.
- ☒ أن يمد لسانه إلى الخارج بسرعة، ويعيده إلى داخل الفم بسرعة.
- ☒ أن يمد لسانه إلى الخارج ببطء، ويعيده إلى داخل الفم ببطء.
- ☒ أن يمد لسانه إلى الخارج ببطء، ويعيده إلى داخل الفم بسرعة.
- ☒ أن يحرك لسانه إلى أعلى وإلى أسفل محدثًا صوت لا لا لا.
- ☒ أن يدع مؤخرة لسانه تعترض سقف الحلق والفم مفتوح.
- ☒ أن يدع لسانه يسترخى داخل فمه ثم يسحبه إلى الوراء بتقلص.
- ☒ التقاط قطع الحلوى والبسكويت بواسطة طرف اللسان.
- ☒ تدريب الجزء الخلفي من اللسان بعمل غرغرة بالماء.

(٤) تدريب الشفاه :

يتم تدريب الطفل على استدارة الشفتين وخروجهما للأمام وفتحهما فتحة كاملة ثم ضمهما ثم انفراجهما ثم شفطهما إلى الداخل، ثم وضع الشفة العليا بين الأسنان ثم عمل حركة اهتزازية للشفتين..وهكذا، وذلك باستخدام بعض الوسائل المساعدة مثل المرآة والأنابيب (مصاصة العصير) والمكرونة (الأسطوانية) وغيرها من الوسائل الأخرى. ومن الحركات التي تُطلب من الطفل لتدريب شفتيه، القيام بما يلي:



- ☒ أن يقوم بتكوير الشفتين وإبرازهما للأمام وفتحها فتحة بسيطة، كما هو الحال عند نطق الصوت /س/.

- ☒ ان يقوم بتكوير الشفتين، كما هو الحال عند نطق / أو/، / و/.
- ☒ ان يقوم بفتح الشفتين وإنفراجها، كما هو الحال عند نطق الصوت / إ /.
- ☒ ان يقوم بفتح الشفتين فتحة تامة، كما هو الحال عند نطق الصوت / أ /.
- ☒ ان يقوم بغلق شفتيه إغلاقًا كاملاً في لحظة ما، ثم فتحهما ليخرج الهواء منفرجًا، كما هو الحال في صوت / ب /.
- ☒ ان يقوم بهز شفتيه في حركة تذبذبية، كما تفعل الخراف.
- ☒ إيقاف قلم على الشفة العليا والاحتفاظ به لمدة معينة.
- ☒ شد الشفتين إلى داخل الفم.

(٥) تدريبات لتقوية حركات سقف الجزء الرخو من الحنك الأعلى :

- ☒ نطلب من الطفل أن يقف أمام المرآة ويفتح فمه بأقصى ما يستطيع وينظر داخل فمه حتى يرى حركة الجزء الرخو من الحنك الأعلى ونطلب منه نطق مجموعة من الحروف المتحركة الحلقية بشدة كبيرة محاولاً أن يخفض مقدمة لسانه فإذا فشل في عمل ذلك نضغط على مؤخرة اللسان باستعمال خافض اللسان وهذه الحروف هي (أو، حو، خو، غو، قو).
- ☒ بعد أن نتأكد من أن الطفل استطاع القيام بالتمارين السابقة نطلب منه بعد ذلك أن يفتح فمه أيضًا بأقصى ما يستطيع ثم يلمس بطرف لسانه أسنانه السفلية، ثم يرخى تدريجيًا عضلات فمه المشدودة عندئذٍ سيتمكن تلقائيًا من خفض الجزء الرخو من الحنك الأعلى، ليتمكن فيما بعد من السيطرة على الجزء الرخو من الحنك.

والغرض من هذه التمرينات تعويد الطفل على استعمال فمه في دفع الهواء إلى الخارج لكي يقوى الحنك الرخو، ويمكن أن تجرى هذه التمرينات على هيئة لعب كإطفاء عيدان الثقاب، أو نفخ قطع صغيرة من الورق أو الريش أو القطن المندوف.

(٦) تدريبات لتقوية حركات اللهاة وجعلها متحركة :

- ☒ أن تطلب من الطفل التثاؤب والضحك، النفخ في الأنابيب والبالونات.. وغيرها.

☒ ان يقوم الطفل بملء فمه بالهواء ونفخ الخدين ثم النطق بحرف متحرك فترفع اللهاة في كل مرة بواسطة هذا الضغط.

☒ يمكن أيضًا في الوقت ذاته تمرين الطفل على أن يحبس أنفاسه لمدة معينة يقوم الأخصائي خلالها بالعد من واحد إلى اثني عشر.

(٧) تدريبات لتقوية الحلق :

☒ تطلب من الطفل ان يأخذ نفسًا عميقًا ثم يطرده من الفم بقوة مكررًا ذلك عدة مرات.

☒ تطلب من الطفل ان يفتح شفتيه ويقول كلمة " هوه " عدة مرات.

☒ تطلب من الطفل ان يفتح فمه ويكرر صوت / هـ / عدة مرات مرة يخرجه من الفم وأخرى من الأنف.. وهكذا.

☒ يمكن ايضًا ان تستخدم تمرينات النفخ التي استُخدمت في تدريبات اللهاة.

ثانيا : الإعـداد السمعي :

بعد أن يفرغ أخصائي النطق من تدريب أعضاء النطق كتدريبات مبدئية هناك ايضًا مرحلة ثانية هي مرحلة الإعداد السمعي. وتتضمن تلك المرحلة ما يلي:

(١) التدريب على التمييز السمعي[1]:

سبق أن ذكرنا ان القدرة على التمييز بين الصوت الخاطئ والصحيح هو أحد المطالب الضرورية لتصحيح النطق، ويرجع ذلك إلى أن الطفل قد ينطق الصوت بصورة خاطئة؛ لأنه غير قادر على التمييز بين الصوت الصحيح والصوت الخاطئ.. ولذلك لابد أن يقوم أخصائي التخاطب بتدريب سمع الطفل كخطوة ضرورية من إجراءات المعالجة النطقية؛ وذلك لتمكين الطفل من التمييز السمعي لكل الصفات الصوتية للصوت.

---

(١) ينتج احيانًا عن التدريب على التمييز السمعي ان ينطق الطفل الصوت المستهدف بصورة صحيحة وفي هذه الحال قد لا يحتاج أخصائي التخاطب إلى الاستمرار في مراحل العلاج التالية.

ويختلف الوقت المخصص لتدريب كل طفل باختلاف مدى قدرته على التمييز السمعي. وفي حال ما إذا كان الطفل يستطيع التمييز بين الصوتين الصحيح والخاطئ يمكن إلغاء التدريب على التمييز السمعي، أما في حالة ضرورة تدريب الطفل على التمييز السمعي.. هنا يجب على الطفل أن يحقق حداً أدنى من الأهداف الآتية قبل أن يكون مستعداً لمحاولة لفظ الصوت لفظاً صحيحاً :

أولاً : يجب أن يتعلم كيف يحلل نماذج الكلمات التي تحتوى على أخطائه، على الأقل في عدد الكلمات التي يألفها، والهدف من هذه الخطوة أن يتعرف على أخطائه وعزلها كوحدة صوتية مميزة في تلك الكلمات؛ ومن بين الإجراءات التي تحقق هذا الهدف ما يلي:

(١) عليك أن تقرأ قائمة من الكلمات على مسمع الطفل، بحيث تحتوى بعض الكلمات على الأصوات التي يصعب على الطفل لفظها، وتطلب من الطفل أن يعطى إشارة عندما يسمع الصوت الصعب، وحتى تتمكن من رصد التقدم الذي يحرزه الطفل تعطى علامة واحدة لكل مرة يتعرف فيها على الكلمة التي تضم الصوت الصعب.

(٢) يمكنك تجميع كتيب من الصور التي تحتوى أسماؤها على أصوات معينة، ثم تطلب من الطفل أن يضع خطاً أحمر تحت الصوت الصعب.

(٣) قم بخلط مجموعة من الصور والأشياء التي تحتوى أسماؤها على الأصوات التي يصعب على الطفل نطقها، مع تلك التي تحتوى على الأصوات السهلة، ثم اطلب من الطفل أن يصنف هذه الصور أو الأشياء في مجموعتين منفصلتين، وتعطى درجة لكل صورة أو شئ يجده، ويضعه في المجموعة الصحيحة كما يخصم من الطفل درجة لكل شئ يضعه في المجموعة الخاطئة.

(٤) في حال الأطفال الذين يستطيعون القراءة والكتابة يطلب منهم أن يضعوا خطاً تحت كل كلمة تحتوى على الصوت الصعب في فقرة كاملة.

ثانياً : تأكد من أن الطفل قد تعلم كيف يتعرف على الصوت الخاطئ والصوت الصحيح، وأن يحددهما بدقة، ويكون قادراً على التمييز بينهما بسهولة، وفيما يلي بعض الأمثلة على أنواع الإجراءات المتبعة لتحقيق ذلك :

(١) حاول أن تقرن الصوت المتعلم بأصوات الحيوانات أو الطيور، أو الأشياء التي تخرج أصواتاً ، وهكذا فإن صوت / ذ/ يمكن أن تكون صوت " أزيز" النحل،وصوت / ر/ يمكن أن

يكون صوت تشغيل السيارة الذي يصدره مشغل السيارة، وصوت / ف/ يمكن أن يكون صوت القطة الغاضبة.. وهكذا فإن الأهمية الرئيسية في الاستعانة بهذه الأسماء هي في تدعيم الصورة السمعية لكل صوت وجعله حيًا بقدر الإمكان.

(٢) عليك أن تقرأ قائمة من الكلمات، بحيث يتم تقليد الخاطئ في بعضها، ويطلب من الطفل أن يصغي بانتباه لكل خطأ، وأن يعطى إشارة عند سماعه لكل خطأ، مما يؤدى بالت إلى إلى تمييز لفظ الصوت الصحيح من لفظ الصوت الخاطئ.

(٣) يمكنك استخدام جهاز التسجيل، لكي تقوم مع الطفل بتسجيل قوائم من الكلمات معًا ، إذ يقرأ الطفل الكلمة باللفظ الخاطئ، وتقرأها أنت بلفظها الصحيح، وبعد الانتهاء يصغي الطفل للتسجيل، ويقارن نطقه بنطقك.

(٢) التدريب السمعي :

ويتم ذلك عن طريق الاستثارة السمعية المكثفة، وخاصة في بداية كل جلسة، وفي نهايتها، حيث تستخدم إستراتيجية القصف السمعي، وذلك بتعريض الطفل لسماع الصوت المستهدف لأطول فترة ممكنة. وفي حالات كثيرة، إذا كان التدريب السمعي كافيًا ، فإن الطفل سيحتاج فقط إلى تدريبات قليلة لينطق الصوت المستهدف بشكل صحيح.

وللتدريب السمعي أهمية قصوى لأنه مهما كانت الطريقة المستخدمة لتعليم الصوت الجديد في البداية، فإن الطفل عاجلاً أم آجلاً يجب أن يصل إلى المرحلة التي يستطيع فيها أن يعتمد على أذنه، لكي تخبره بأن الميزات الصوتية كافية أم لا.

ثالثًا : مرحلة التدرب على نطق الأصوات الصحيحة :

تتضمن هذه المرحلة عدد من الخطوات نوردها فيما يلي:

الخطوة الأولى : تحديد الصفة المميزة للصوت :

وفي تلك الخطوة يتم اختيار الأصوات المستهدفة للعلاج على النحو التالي:

(١) يتم تجميع الأصوات حسب صفاتها في مجموعات سواء حسب موضع النطق (اللسان، الشفتان، الحلق، الأنف).

(٢) يتم اختيار الصوت الأسهل في نطقه لدى الطفل من هذه المجموعة مما ييسر نقل الصفة المميزة له عن طريق هذا الصوت، وذلك من خلال التعرف على الأصوات القابلة للاستثارة (أي تلك التي يستطيع نطقها بعد ان تنطقها امامه)، إذ قد يساعد ذلك على تحديد نقطة بدء العلاج.

فمثلاً إذا كان الطفل يخطئ في نطق صوت/ ت /، وهو صوت انفجاري، مثل الأصوات الانفجارية / د /، / ب /، / ك /، وفي هذه الحال إذا كان الطفل يستطيع نطق تلك الأصوات الانفجارية فيمكن استخدامها كمدخل في نطق صوت / ت / بشكل صحيح، وذلك على اعتبار أن له نفس الصفة المميزة (صوت وقفي انفجاري). ولكن يلاحظ أن هذا الأسلوب يفيد الأطفال الذين تزيد اضطرابات النطق لديهم عن خمس أصوات فأكثر.

الخطوة الثانية: تحديد مكان خروج الصوت:

يجب أن يقوم الأخصائي في تلك الخطوة بتحديد المكان الذي يخرج منه الصوت، والأعضاء المشتركة في إنتاج هذا الصوت، وذلك لكي تقوم بتعريف الطفل على تلك المناطق من خلال استخدام الوسائل المساعدة كالمرآة والصور التي توضح موقع أعضاء النطق عند لفظ الصوت؛ إذ غالبًا ما يفيد ذلك مع الأصوات التي يمكن الشعور بها كالأصوات الحلقية والتي تطلب فيها من الطفل وضع يده على حنجرته للشعور بالاهتزاز الذي يحدثه نطق الصوت للأوتار الصوتية، وغالبًا ما ينجح هذا الأسلوب مع الأصوات التي يمكن رؤية أعضاء النطق فيها بالعين، كالأصوات الشفوية مثل / ب/، /



و /، / م /، والأصوات الشفواسنانية مثل / ف /، والأصوات اللثواسنانية مثل / ت /، / د /، / ط /، والأصوات البين اسنانية مثل / ث /، / ذ /، / ظ /.. وهكذا.

الخطوة الثالثة: تحديد مستوى البدء:

في هذه الخطوة عليك القيام بما يلي:

(١) اختيار الصوت الأسهل في نطقه على الطفل من بين الأصوات التي لا يستطيع نطقها، ويمكن التعرف على تلك الأصوات، بأن تطلب من الطفل تقليد الصوت الذي تنطقه انت، فإذا تمكن الطفل من نطق الصوت بشكل صحيح، فيمكن الاعتماد عليه، وهكذا مع باقي الأصوات الأخرى، إذ يمكنك أن تضع الأصوات المضطربة في قائمة بترتيب قابليتها للاستثارة، وذلك لكي يشعر الطفل بأنه يستطيع النجاح في نطق الأصوات الخاطئة لديه.

(٢) في هذه الخطوة أيضًا عليك أن تحدد المستوى الذي يبدأ عنده الطفل، فهل سيبدأ من مستوى الصوت المعزول، أم المقطع، أم الكلمة، أم الجملة ؟ إذ عليك ان تطلب من الطفل نطق الصوت بمفرده، فإذا نجح في نطقه تطلب منه نطق الصوت في مقاطع تعطيها له، فإذا نجح في نطقه تعطيه بعض الكلمات يوجد فيها الصوت في مواقع الكلمة الثلاث (البداية. الوسط. النهاية)، فإذا نجح في نطقها بشكل صحيح، تطلب منه نطق الصوت في جمل.. وهكذا، وعندما يفشل الطفل في نطق الصوت في اي مستوى من هذه المستويات السابقة يتم البدء بتدريب الطفل على نطق الصوت عند هذا المستوى الذي فشل عنده.

الخطوة الرابعة: التدرب على إنتاج الصوت:

اشرنا في الخطوة السابقة إلى انه ينبغي تحديد مستوى البدء الذي سوف يبدأ عنده تدريب الطفل على النطق الصحيح للصوت، إذ يمر تدريب الطفل على النطق الصحيح للصوت الخاطئ بستة مستويات، تتدرج من التدرب على الصوت منفردًا إلى نطق الصوت في كلامه التلقائي الطبيعي، وهذه المستويات هي:

المستوى الأول : التدرب على نطق الصوت بمفرده :

في ذلك المستوى يتم تدريب الطفل على نطق الصوت بمفرده، وكأنه وحدة قائمة بذاتها، إذ يصعب على الطفل أن ينطق الصوت الخاطئ في كلمات قبل أن يتمكن من نطقه بمفرده، ويستخدم في التدريب على نطق الصوت بمفرده عدداً من الإجراءات من بينها ما يلي:

(١) تنطق الصوت المستهدف وتطلب من الطفل تقليده.

(٢) حدد للطفل – كما سبق أن ذكرنا- المكان الذي ينطق عنده الصوت صحيحاً ، وخاصة إذا كان صوتاً يمكن رؤيته كالأصوات الشفوية أو الشفواسنانية او اللثواسنانية أو البين أسنانية، أو يكون صوتاً يمكن الشعور به باللمس بوضع اليد عند المنطقة التي يحدث فيها الصوت اهتزازاً عند الحنجرة، ويمكن من خلاله إدراك الطفل للصوت.

(٣) استخدم بعض الوسائل المساعدة لمعاونة الطفل على نطق الصوت، كالشمعة، وسائل النعناع، وخافض اللسان، والمرآة.. وغيرها من الوسائل الأخرى.

(٤) درب الطفل على نطق الصوت بالحركات الطويلة (الألف . الواو . الياء)، والحركات القصيرة (الفتحة والضمة والكسرة).

(٥) اطلب من الطفل نطق الصوت بشكل خاطئ بعد أن يكون قد أتقن نطقه بشكل صحيح، وذلك لزيادة وعي الطفل بالخطأ ورفضه، وعليه أن يدرك أنه من غير المقبول نطقه على هذا النحو بعد ذلك.

(٦) درب الطفل على الاستماع الذاتي، وفيه يتم تدريب الطفل على نطق الصوت الصحيح، وأن يستمع لنفسه، ويحاول التمييز بين الصوت الخاطئ والصوت الصحيح.

المستوى الثاني : التدرب على نطق الصوت في مقاطع لا معنى لها:

هي مرحلة انتقالية بين نطق الصوت بمفرده بشكل صحيح، ونطقه في كلمات. إذ إن أثر التدريب على نطق الصوت في مجموعات مقطعية بسيطة أمر ضروري قبل الانتقال بهذا الصوت إلى الكلمات التي أصبح النموذج الخاطئ للفظ عادة متأصلة فيها، وفي ذلك المستوى تتبع الإجراءات التالية:

(١) يتم تدريب الطفل على نطق الصوت في مقطع يضم الصوت الخاطئ (الذي تم تصحيحه في المستوى الأول)، وصوت آخر، فمثلاً إذا أردنا تدريب الطفل على صوت / ب/، ينبغي عادة أن يصحبه صوتًا متحركًا في بداية التدريب (كالحركات الطويلة: با، بي، بو)، ثم تستخدم بعد ذلك الأصوات الساكنة مع صوت / ب/ مثل: بو، بج، بف، بث.. وهكذا.

(٢) تبدأ في زيادة عدد المقاطع، فبدلاً من أن تتكون من صوتين تزداد إلى ثلاثة، مثل: باج، بوث، بتا، بكن.. وغيرها.

(٣) ثم تزيد من عدد المقاطع لتصبح أكثر تعقيداً ، مثل : باتاكا، كاباتا .. وهكذا.

المستوى الثالث : التدرب على نطق الصوت في كلمات:

بعد أن تتأكد من أن الطفل أصبح قادرًا على نطق الصوت بشكل صحيح بمفرده، وفي مقاطع، عليك أن تبدأ في تدريب الطفل على نطق الصوت المتعلم في كلمات ضمن مواضعها الثلاثة (البداية، والوسط، والنهاية).

وعادة ما يتم البدء بالكلمات المألوفة بالنسبة للطفل، والتي تدخل ضمن مخزونه وخبرته اللغوية، وهي تلك الكلمات التي يستخدمها الطفل في حياته اليومية، ويمكنك إعداد قائمة مسبقة بالكلمات التي سوف يتم تدريب الطفل عليها، تتضمن في البداية تلك الكلمات المألوفة لديه، ثم كلمات جديدة مضافة إلى كلماته المألوفة. وفي حالة فشل الطفل في نطق الصوت ضمن كلمات تتم العودة مرة أخرى إلى التدريب على نطق ضمن مقاطع، وإذا فشل الطفل في نطق الصوت ضمن مقاطع تتم العودة مرة أخرى إلى التدريب على نطق الصوت بمفرده.

ومما يجب عليك مراعاته عند تدريب الطفل على نطق الصوت في كلمات ما يلي :

(١) اختيار البيئة الصوتية الميسرة لنطق الصوت صحيحًا ، إذ إن كل صوت ينطق يتأثر ويتداخل مع الأصوات الأخرى، فإذا اتضح مثلاً أن نطق صوت / ت / يتأثر بنطق الصوت / س/ ففي هذه الحالة يتم تدريب الطفل على نطقهما معًا في كلمات، كالآتي: بنت. سيارة، لعبت. سيارة، مات. سيارة، خرجت. سيارة.. وهكذا. ويمكن التعرف

على هذه البيئة الصوتية من خلال تجربة الصوت المستهدف بإضافة باقي الأصوات إليه وتجربتها، وبعد ان يتم تدريب الطفل على هذه البيئة الصوتية الميسرة حاول التقليل من الاعتماد عليها في نطق الصوت وتعميم النطق الصحيح على كل البيئات الصوتية التي يرد فيها ذلك الصوت.

(٢) عند تدريب الطفل على نطق الصوت ضمن كلمات تتعين مراعاة زيادة حساسيته تجاه الصوت الخاطئ، وذلك إما باستخدام الحركات (كأن تضرب على المنضدة عندما يخطئ الطفل في نطق الصوت) أو باستخدام التنبيهات (كأن تطلب من الطفل ان يعيد نطق الكلمة مرة أخرى).

ويتضمن تدريب الطفل على نطق الصوت ضمن الكلمات الإجراءات التالية:

(١) انطق الكلمة ثم اطلب من الطفل تقليدك.

(٢) اطلب من الطفل تسمية بعض الصور المعروضة عليه لمعرفة قدرته على نطق الصوت الصحيح ضمن الكلمات.

(٣) عندما يطلب الطفل شيئًا من الأشياء الموجودة بالغرفة كبعض الألعاب أو المجسمات أو الصور.. وغيرها، ينبغي عليك عدم إعطائه إياها إلا إذا نطقها بشكل صحيح.

(٤) عليك ان تطلب من الطفل كتابة بعض الكلمات التي تحتوى على الصوت المطلوب تصحيحه.

(٥) إعرض على الطفل قائمة تحتوى على بعض الكلمات والصور التي تدل عليها، وتطلب من الطفل المزاوجة بينها.

(٦) درب الطفل على نطق الكلمات الصحيحة ومقارنتها بالكلمات الخاطئة، ويستعان في ذلك بصور توضحها، مثل صورة القطار، أو فيل، وغيرها، وذلك لكي يدرك الطفل ما الذي يؤدى إليه النطق الخاطئ من اختلاف في المعنى.

(٧) اطلب من الوالدين تدريب الطفل على نطق الأصوات التي استطاع الطفل نطقها بشكل صحيح وذلك لتسهيل عملية التعميم للخبرة التي اكتسبها في الجلسة العلاجية.

(٨) درب الطفل على كتابة الحرف الناقص في الكلمة مما يعبر عنه الشكل المرافق لها ثم نطق الكلمة.

(٩) عدم مكافأة الطفل عندما ينطق الصوت قريبًا من الصوت الصحيح (تشويه أو تحريف الكلمة)، وذلك لأن هذا التعزيز سيربك الطفل ويجعله غير متأكد تمامًا مما هو مفروض أن يتعلمه.

المستوى الرابع : التدرب على نطق الصوت في جمل:

بعد أن استطاع الطفل نطق الصوت المستهدف تصحيحه في كلمات، يتم وضع هذه الكلمات في جمل، وذلك بإتباع الآتي:

(١) اطلب من الطفل تكملة جمل ينقصها كلمات تتضمن الصوت المستهدف.

(٢) اطلب من الطفل قراءة أكثر من جملة بشكل صحيح.

(٣) اطلب من الطفل تكوين جملة عن طريق ترتيب بعض الكلمات غير المرتبة.

(٤) اطلب من الطفل وضع خط تحت الكلمة المناسبة لتكملة معنى الجملة.

(٥) درب على إكمال الجملة بتوصيل فقرة بالكلمة المناسبة لها.

(٦) استعن بكتب مصورة (قصص) وتعرضها على الطفل ليستنتج منها قصة بسيطة من خياله لكي تتعرف على نطق الطفل للصوت المصحح من خلال سرد القصص.

(٧) درب الطفل على قراءة وكتابة الجملة، ويفضل أن يتم عرض كل جملة مع صورة توضح مدلول ومعنى كل كلمة.

(٨) حاول أن تقوم بعمل بطاقات تكتب عليها بعض الكلمات ليقوم الطفل بترتيبها وتكوين جمل مفيدة.

المستوى الخامس : التدريب على نطق الصوت خلال المحادثة (الكلام التلقائي) :

ويعد هذا المستوى من التدريب هو أهم المستويات، وذلك لما يسعى له من أهداف، ومنها تضييق الفجوة بين الكلام الذي يستطيع الطفل أن ينطقه في الجلسات العلاجية، والكلام التلقائي الذي يستخدمه في حياته اليومية، وهكذا لابد من مراقبة الطفل في جميع المواقف

الكلامية، سواء في المنزل أو المدرسة أو النادي.. وغيرها ويفضل أن تستعين في ذلك بمساعدة الوالدين.

المستوى السادس : المحافظة على ناتج التدريب:

ويتم ذلك على مرحلتين هما :

المرحلة الأولى : وتبدأ بعملية المتابعة لما يتم الانتهاء منه من إتقان الأصوات أثناء نفس الجلسات، وذلك باستخدام جداول ملحقة بالبرنامج تبين عدد مرات النطق الصحيح وعدد مرات النطق الخاطئ.

المرحلة الثانية : متابعة الطفل بعد الانتهاء من العلاج كليًا لفترة لا تقل عن ستة شهور، وذلك بعقد جلسة واحدة كل أسبوعين في البداية؛ للتأكد من المحافظة على ناتج التدريب، ومن ثم نطيل الوقت بين الجلسة والأخرى، إلى أن يتم إنهاء الجلسات العلاجية.

استخدام المعينات والوسائل المساعدة :

عليك استخدم عدد من المعينات السمعية والبصرية والحسية وغيرها من الوسائل التي من شأنها أن تساعد الطفل على نطق الصوت بشكل صحيح، وتقرب إلى ذهنه الكيفية التي يتم بها نطق الصوت المستهدف.

ومن بين هذه الوسائل ما يلي :

(١) الصور والأشكال التوضيحية : وهى تلك التي تعرض أوضاع الفك والشفة واللسان عند إخراج الأصوات المختلفة، ليرى الطفل ماذا عليه أن يفعل أو يحرك، فبالنسبة للأطفال الصغار فإن رسمًا لطفل يضع أسنانه العليا على شفته السفلى يمكن تسميتها " صورة صوت الفاء " وصورة أخرى تظهر طرف اللسان ما بين الأسنان الأمامية المنفرجة قليلاً يمكن تسميتها " صورة صوت الثاء ". كما يمكن إعطاء أسماء للأشخاص في الصور أيضًا ، حيث يستخدم فيها الصوت المستهدف، فمثلاً الولد في صورة الفاء يمكن تسميته " فريد "، وفي صورة الثاء يمكن تسميته " ثابت".. وهكذا.

(٢) **المرآة :** والتي تستخدم حتى يدرك الطفل الحركات التي تتشكل عندها عضلات الفكين والحركات التي يقوم بها اللسان وسقف الحنك وذلك بجعل الطفل يجلس بجانبك وانتما مواجهان للمرآة فتقوم بنطق الصوت المطلوب تعديله، ثم يقوم الطفل بمحاكاة نفس الصوت مع النظر في المرآة كي يتحكم في حركات جهاز النطق، كما تستخدم المرآة أيضاً لمساعدة الطفل على نطق بعض الأصوات كصوت / ب/ والذي يخرج منه هواء الزفير ويراه الطفل عبارة عن بخار ماء متكاثف على سطح المرآة وغيرها من الأصوات الأخرى.



(٣) **الشمع :** والذي يستخدم مع الطفل لتدريبه على نطق بعض الأصوات مثل صوت /ف/ بإخراج الطفل لهواء الزفير عند نطقه للصوت فيطفئ الشمعة فيدرك أنه عند نطق هذا الصوت وغيرها يخرج أثناءها الهواء من فمه. كما يستخدم الشمع في تدريب الطفل على التنفس حيث يطلب من الطفل أثناء تدريبه على التنفس بأن يخرج هواء الزفير الذي يطفئ به الشمعة.

(٤) **البالونات :** والتي يستخدمها أخصائي التخاطب في التمرينات الخاصة بالتنفس لتوسيع الصدر وتنشيط عضلات الصوت وتعود استعمال الفم في دفع هواء الزفير.

(٥) **الصلصال :** والذي يستخدم في التشكيل ليدرك الطفل من خلاله كيفية عمل اللسان، وذلك من خلال ما يقوم به الأخصائي من عمل تشكيلات للأوضاع التي يقوم بها اللسان عند نطق بعض الأصوات كتقعيره وتحديبه واستقامته.. وإلى غير ذلك من الأوضاع.

(٦) **سائل النعناع :** والذي يوضع على منابت أسنان الطفل بحيث يستطيع تذوقه بطرف لسانه عند نطق أصوات مثل / ت /، / د /، وغيرها.

(٧) **خافض اللسان :** الذي يستخدم للتحكم في لسان الطفل لنطق بعض الأصوات مثل صوت / ق /، / ك /، وغيرها.

(٨) وسائل وأدوات أخرى : قصاصات الورق والماء والصابون، وكرة تنس الطاولة، والدقيق وإلى غير ذلك من الأدوات التي تستخدم لتقوية جهاز الطفل التنفسي ونطق بعض الأصوات.

دور المعلم في تنمية التواصل اللفظي بالصف:



ينبغي أن تكون صفوف التعليم العام بالنسبة للطلاب ذوي اضطرابات الكلام مكانًا يمكنهم فيه سماع الكلام بطريقة صحيحة، والشعور بالراحة بالقدر الكافي لممارسة مهاراتهم التواصلية التي تعلموها حاليًا. ولتحقيق ذلك يجب أن يقوم معلم التعليم العام بتوفير نماذج للكلام الجيد، وبيئة التقبل، وفرص لممارسة مهارات التواصل اللفظي.

ويحتاج الطلاب ذوو اضطرابات الكلام نماذج جيدة للتواصل اللفظي. ويعتبر المعلم النموذج الأول، الذي ينبغي أن يكون حريصًا على تحدثه بوضوح وطلاقة ونطق ملائم. ومن جانب آخر يقترح أيضا سندرلاند (Sunderland, 2004) أن يقوم المعلمون بمراقبة معدل كلامهم، وطول وتعقيد الجمل وعدد التوجيهات المعروضة في كل مرة. وكذلك يمكن لزملائهم في الصف المساعدة كنماذج مهمة لطلاب التربية الخاصة من خلال إظهار الكلام الملائم.

وبناء على ذلك تعد ردود أفعال المعلم والأقران في الصف على أخطاء كلام الطلاب ذوي اضطرابات الكلام عاملاً مهمًا في تشجيع التواصل اللفظي. فمن المهم التعامل مع محاولات التواصل التي يقوم بها الطلاب ذوو اضطرابات الكلام باحترام وتحمل. وإذا قام المعلم والرفاق بتقبل المستمعين، سيشعر الطلاب حينئذ بالراحة التي تكفي لممارستهم للتواصل اللفظي. ويتم فيما يلي عرض إرشادات لتهيئة وتوفير مناخ متسامح في الصف:

- عندما يتحدث الطلاب الذين يعانون من مشكلات كلامية ينبغي أن يستمع المعلم بانتباه كامل، ويضمن استماع الطلاب الآخرين.
- لا ينبغي انتقاد أخطاء الكلام بواسطة المعلم أو الزملاء، ومع ذلك قد يرغب المعلم في توضيح الكلام الصحيح للطالب من خلال تكرار ما قاله.
- لا ينبغي أن يقوم المعلم بجذب الانتباه لأخطاء الكلام، فإذا تقبل المعلم أخطاء النطق واضطراب الطلاقة وانتبه إلى محتوى ما يقوله الطالب، فمن المحتمل أن يقوم الأقران بنفس الشيء. ويعتبر هذا الأسلوب مهمًا على وجه الخصوص مع مشكلات اضطراب الطلاقة التي قد تكون أكثر خطورة إذا تم توجيه الانتباه إليها.
- لا ينبغي السماح للأقران بالسخرية أو الاستهزاء بأخطاء الكلام وينبغي أن يوضح المعلم بأن هذا السلوك غير ملائم.
- يعتبر الكلام بالنسبة لبعض الطلاب أمرًا بطيئًا وشاقًا. فقد تستغرق اللجلجة وقتًا طويلاً لإنتاج جملة واحدة، وقد يقطب الطالب ذو الشلل الدماغي وجهه عندما يحاول جاهدًا إنتاج كلمة واحدة. وقد يحتاج الشخص الذي يتواصل بواسطة وسائل التقنية (مثل لوحة التواصل أو وسيلة التواصل الإلكتروني) إلى ثوان عديدة لاختيار الرسالة التي يرغب في توصيلها للمستمع.



ويحتاج هؤلاء الطلاب إلى مستمعين صبورين، حيث من المحتمل أن تؤدى محاولات تعجيلهم إلى تواصل بطيء وغير سريع، وسيؤدى إنهاء كلامهم لتثبيطهم وإحباطهم أكثر مما هم عليه من الشعور بالإخفاق.

وبناء على ما تقدم، ينبغي أن يقوم المعلم بنمذجة مهارات الاستماع الملائمة للصف، وأن يقوم كذلك بمحاولة إشعار الطلاب بالحاجة إلى الانتظار بهدوء والاستماع إلى الآخرين

وهم يتحدثون. وقد يرغب المعلم في بعض المواقف في زيادة سرعة التواصل من خلال إيجاز الأسئلة للطلاب ذوي مشكلات الكلام، ولذلك تكون الإجابة عليها موجزة. وينبغي تشجيع الطلاب في مواقف أخرى للتعبير عن أفكارهم وآرائهم بصورة كلية.

ويضيف الببلاوي (٢٠٠٣) عدد من الإرشادات التي يقدمها أخصائي اللغة والكلام للمعلم من بينها ما يلي:

(١) ينبغي أن يعمل المعلم على إقامة علاقات لفظية ثنائية مع تلميذك وذلك في شكل حوار بسيط حول موضوعات حيوية تهم الطفل وتدفعه إلى المشاركة في الحديث، ومن ثم يمكن تحديد مواضع الخطأ في نطقه حتى يمكن تصحيحها .

(٢) من الضروري تشجيع التلميذ على التحدث باستمرار من خلال مشاركته في الأنشطة المنوعة سواء من خلال الألعاب اللغوية أو الأناشيد أو إعادة سرد القصص والحكايات وغيرها من الأنشطة التي تحثه على النطق وتصحيح ما يقع فيه من أخطاء.

(٣) من الضروري تقديم التعزيز المناسب للتلميذ على نطقه الصحيح، حيث إن استخدام هذه المعززات يزيد من فرص النطق بالصوت الذي يتم التدريب عليه بصورة أسرع .

(٤) من الضروري عند تصحيح نطق التلميذ الخاطئ أن يتم ذلك في إطار من الحب والود والابتعاد عن التوبيخ والتحقير لأن ذلك من شأنه أن يؤدى إلى نتائج سلبية تنعكس على التلميذ، كما أنه من الضروري أن تبتعد أيضًا عن الاستهزاء به أمام زملائه إذا نطق بعض الأصوات بشكل خاطئ لأن ذلك يشعره بالدونية والنقص.

(٥) من الضروري التأكد من تفاعل التلميذ ضمن الأحاديث والمناقشات الجماعية في داخل الفصل وذلك لإيجاد العديد من المواقف التي يمكن من خلال تعميم ما تعلمه التلميذ في الجلسات العلاجية ضمن حديثه التلقائي مع زملائه ومعلميه.

(٦) على معلمي التربية البدنية الاهتمام بالتمارين والتدريبات الرياضية التي يطلب من التلميذ القيام بها والتي تساعده على تقوية أجهزة الكلام كتمرين البطن والصدر وجهاز النطق (اللسان، الأسنان، الحلق، الشفتان) وذلك في إطار ما سوف يتم تحديده من تدريبات بهذا الخصوص.

(٧) على معلمي التربية الموسيقية الاهتمام باستغلال الأنشطة الموسيقية في تدريب الأطفال على النطق الصحيح، نظراً لحب الأطفال للموسيقى، وذلك من خلال الألعاب اللغوية والأغاني والأناشيد وغيرها من الأنشطة الموسيقية.

وتعتبر مشاركة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في الكثير من أنشطة الصف بقدر الإمكان هدف مهم لأي برنامج للدمج. أما بالنسبة للطلاب ذوي مشكلات الكلام، فينبغي أن نأخذ في اعتبار كل من الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية. ولذلك فمن طرق زيادة التقبل أثناء زيادة فرص التواصل للدرجة القصوى مثل جلوس الطالب وسط أقرانه العاديين لتشجعه على التفاعل، أما في الصفوف التقليدية عادة يجلس الطالب ذوي مشكلات الكلام بالقرب من المعلم مما يحرمه من فرص التفاعل مع أقرانه.

خدمات التقنيات التعليمية والتأهيلية المساعدة



- مفهوم التقنيات المساعدة.
- تاريخ التقنيات المساعدة.
- أنواع التقنيات المساعدة.
- أسس اختيار التقنيات المساعدة.
- مزايا وعيوب التقنيات المساعدة.
- البرامج المصممة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.
- التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقات البدنية.
- التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقات البصرية.
- التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة السمعية.
- التقنيات المساعدة للطلاب ذوي اضطرابات اللغة والكلام.

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) التعرف على مفهوم التقنيات المساعدة.

(٢) فهم تاريخ التقنيات المساعدة.

(٣) إدراك أنواع التقنيات المساعدة.

(٤) التمكن من فهم أسس اختيار التقنيات المساعدة.

(٥) التعرف على مزايا وعيوب التقنيات المساعدة.

(٦) التمكن من فهم البرامج المصممة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

(٧) التعرف على التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقات البدنية.

(٨) التعرف على التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقات البصرية.

(٩) فهم التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة السمعية.

(١٠) استيعاب طرق استخدام الكفيف للمصعد.

(١١) التعرف على التقنيات المساعدة للطلاب ذوي اضطرابات اللغة والكلام.

الفصل التاسع
خدمات التقنيات التعليمية والتأهيلية المساعدة
Assistive qualifying & instructional Technology Services

مُقدِّمة

إن التقنيات التعليمية والتأهيلية المساعدة هي نوع آخر من الخدمات التي تقدم للطلاب المعاقين، ووفقاً للقانون الفيدرالي الأمريكي فإن هناك معينات وخدمات ومساندات من الضروري أن تقدم في صفوف التعليم العام، وأي صفوف تعليمية أخرى حتى يتمكن الأطفال المعاقين من التعلم مع الأطفال العاديين بأقصى قدر ممكن في ضوء استعداداتهم وإمكاناتهم، وهكذا إذا كانت الخدمات المساندة تسمح للطلاب المعاقين بالاستفادة مما تقدمه برامج التربية الخاصة فإن الخدمات والمعينات التكميلية تسمح للطلاب بالمشاركة في التعليم العام، وافضل مثال على ذلك هو "التقنيات المساعدة" Assistive Technology التي تقدم للطلاب المعاقين والذين على الأقل يشاركون جزئيًا في صفوف التعليم العام.

ولقد طالب قانون التربية الخاصة (IDEA, 1997) بتقديم التكنولوجيا المساعدة لكل الطلاب الذين وضعت برامج تربوية فردية (IEP) حيث أن التكنولوجيا المساعدة مهمة لتزويد المعوق بإمكانية الحصول على التربية العامة، وإزالة العقبات البصرية والسمعية والحركية المرتبطة بالإعاقة.

وتعد التقنيات المساعدة بالنسبة للخطة التربوية الفردية مقياسًا لتحديد ما إذا كانت تلك التقنيات المتخصصة من الممكن أن تساعدهم في المهام المكتوبة، وإذا أشار التقييم إلى إمكانية الاستفادة من تكنولوجيا معينة فإن هذه التقنيات تقدم للطالب المعاق ومعلمه الذي يتم تدريبه على استخدامها من خلال أحد المتخصصين في المجالات التقنية داخل المدرسة، ومثال آخر على المعينات والخدمات التكميلية هو التدريس الخاص بواسطة الأقران، والكتب المسجلة على شرائط للطلاب المعاقين بصريًا والمناضد الصفية التي تناسب حاجات الطلاب الذين يتنقلون بكراسي متحركة.

مفهوم التقنيات المساعدة:

يقصد بخدمات التقنية المساعدة Assistive Technology Services أي: "خدمة تستخدم في زيادة أو تحسين القدرة الوظيفية للطفل المعوق، ويمكن أن تستخدم التقنيات المساعدة للعناية بالذات، ومعالجة المعلومات الحسية، والتواصل والحركة، وعلى فريق الخطة التربوية الفردية تحديد احتياجات المعوقين للخدمات / للأجهزة التقنية المساعدة وإدراجها ضمن خطة الطالب دون تكلفة الآباء، بشرط تحمل الآباء فقدان أو سرقة أو سوء استخدام تلك الأجهزة" (Derer et al. 1996:63-65 ; Downing, 2004) .

ويشير مصطلح التقنيات المساعدة إلى أحد أنظمة الدعم المتكامل الذي يحتاجه الأفراد المعوقون، حيث تعمل على زيادة فرص هؤلاء الأفراد في الوصول إلى العالم من حولهم. وعلى الرغم من وجود تعريفات كثيرة لمفهوم التقنيات المساعدة إلا أن التعريف الأكثر قبولاً واستخداماً، هو التعريف الذي جاء به قانون تربية الأطفال المعاقين بالولايات المتحدة والذي ينص على أن الأدوات التقنية المساعدة هي: "أي أداة أو جهاز أو نظام منتج سواء كان منتجًا تجاريًا أم منتجًا معدلاً، يستخدم لزيادة القدرات الوظيفية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، أو المحافظة عليها أو تحسينها". وكذلك يعرّف القانون خدمات التقنيات المساعدة على أنها: "أي خدمة من شأنها أن تساعد الفرد المعوق بشكل مباشر في اختيار أو امتلاك أو استخدام أيّة أداة من أدوات التقنيات المساعدة".

ويكاد يجمع المتخصصون في هذا المجال على هذا التعريف، الذي يشير إلى أن مفهوم التقنيات المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة لا يقتصر فقط على التقنيات بمفهومها العام. ومن هنا يمكن القول: إننا عندما نذكر التقنيات المساعدة، إنما يُقصد بها أي وسيلة أو أداة تساعد في زيادة القدرات الوظيفية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، أو المحافظة عليها أو تحسينها..

وهكذا فقد ميّز القانون بين الأدوات التقنية المساعدة وبين الخدمات التقنية المساعدة. فالأدوات التقنية المساعدة هي المنتجات نفسها، مثل الكراسي المتحركة والمشايات ولوحات التواصل..إلخ..أما الخدمات التقنية المساعدة فهي الخدمات اللازمة لتحديد الأدوات المساعدة

وتوفيرها وتعريفها وتركيبها وتصميمها وتقييمها وإصلاحها واستبدالها والتدرب عليها وغيرها من الخدمات. وبشكل أدق فإن مفهوم خدمات التقنية المساعدة يشير إلى الخدمات التالية:

(١) خدمات التقييم التقني لتحديد الأدوات التي تتناسب وحاجات الطالب الخاصة.

(٢) خدمات شراء أو استئجار الأدوات التقنية المساعدة.

(٣) خدمات توفير القروض النقدية لشراء الأدوات التقنية المساعدة.

(٤) خدمات المساندة الفنية لصيانة الأدوات التقنية.

(٥) خدمات المساندة الفنية لتكييف الأدوات أو التعديل فيها.

(٦) خدمات تدريب المعلمين والعاملين على استخدام التقنيات المساعدة.

(٧) خدمات تدريب الطلاب أنفسهم على استخدام التقنيات المساعدة.

(٨) خدمات تدريب الوالدين على استخدام الأدوات المساعدة.

إذا تم تطوير كل مواد وأنشطة وتقنيات التعلم داخل صفوف التعليم العام باستخدام أسس التصميم العام، فلن يكون من الضروري دراسة تكييفات الحاسب الآلي والتقنيات المساعدة الأخرى للطلاب ذوي احتياجات التعلم الخاصة، ومع ذلك، لا تعتبر هذه هي القضية، لذلك تلعب التقنيات المساعدة دورًا مهمًا في الصفوف التعليمية اليوم، حيث يعمل الطلاب ذوي الإعاقة والعاديين جنبًا إلى جنب، وتشير التقنيات المساعدة إلى: "أي نمط من التقنيات تم تصميمه بصفة خاصة ليستخدمه ذوو الإعاقة".

تاريخ التقنيات المساعدة:

لقد حاول الإنسان منذ بدء الخليقة تكييف بيئته ليتغلب على الصعاب التي يواجهها، فقد استخدم الإنسان منذ القدم عصي الخيزران عندما كان يعاني من صعوبة في المشي وكذلك الأمر فقد استخدمت قرون الحيوانات المجوفة لتضخيم الصوت عند وجود ضعف فيه. إذن فتاريخ استخدام الأدوات المساعدة مع الأفراد المعوقين ليس وليد عصرنا الراهن، ولكن التقدم الهائل في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين والعقد الأول من القرن الحادي

والعشرين كتطور رقاقات الحاسوب مثلاً أدخل الأجهزة الالكترونية في حيز الاستخدام الخاص بالمعوقين، لمساعدتهم في حياتهم اليومية، مما أوجد ما نطلق عليه اليوم التقنيات المساعدة.

وكغيرها من المجالات العلمية فإن للتقنيات المساعدة تاريخًا يبين لنا من اين بدأت وإلى أين وصلت، وما التغيرات التاريخية التي حدثت عليها، والمحطات التاريخية يمكن اعتبارها نقاط تحول في هذا التاريخ.

ولتناول البعد التاريخي للتقنيات المساعدة يمكن تقسم تاريخ التقنيات المساعدة إلى ثلاث فترات زمنية وذلك على النحو التالي:

الأولي : الفترة التأسيسية :

وهي الفترة الزمنية التي تمتد لما قبل عام 1900، إذ ليس من الصعب الاتفاق على أن أدوات التقنيات المساعدة قد وجدت بالتوافق مع قيام الإنسان باستخدام أدوات تساعده على التكيف مع المحددات الوظيفية التي تفرضها الإعاقة.

الثانية : فترة البناء :

وهي الفترة التي تمتد من عام ١٩٠٠م إلى عام ١٩٧٢م ، حيث توافقت هذه الحقبة مع ضرورة بناء كيان خاص للتربية الخاصة، وما رافق ذلك من سياسات وقوانين وتشريعات جاءت لتخدم وتحدد مفهوم الإعاقة. وتميزت هذه الحقبة بالإسهامات الكبيرة من قبل العلماء والتربويين لفهم أساسيات الإعاقة، من حيث أسبابها وطرق الوقاية منها، كما رافق ذلك تغير في الاتجاهات والتوقعات من قبل أفراد المجتمع تجاه الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

ولعل أهم ملامح هذه الحقبة هو ما خلفته الحرب العالمية الأولى من إعاقات مختلفة لدى الجنود والتي فرضت على الدول العمل على التخطيط الجاد لإعادة تأهيلهم بشتى الوسائل والطرق، وعلى وجه الخصوص ما يتعلق بالجوانب القانونية والتشريعية منها. ومثال ذلك ما حدث في الولايات المتحدة الأمريكية، حين صدر قانون إعادة تأهيل الجنود لعام (١٩١٨) كما ظهرت في هذه الحقبة البدايات الأولى لبعض الاختراعات الهامة، مثل اختراع أول

آلة قارئة عام (١٩٢٠). وصدور القانون الأمريكي عام (١٩٣١) والذي يقضي بتنويع معدات القراءة المكتوبة بطريقة برايل.

الثالثة : فترة التمكين:

وهي الفترة التي تمتد منذ عام ١٩٧٣م حتى وقتنا الحالي وقد تم اختيار عام ١٩٧٣م على انه الحد الفاصل بين الحقبتين، لأنه العام الذي أعطي فيه ذوو الاحتياجات الخاصة الدعم القانوني والسلطة التشريعية لتحقيق أحلامهم كأفراد ينتمون إلى مجتمعاتهم. فقد صدر في الولايات المتحدة الأمريكية قانون إعادة التأهيل عام ١٩٧٣م.

وفي عام (١٩٧٥م) صدر قانون التربية لجميع الأطفال المعوقين والذي اقرّ التمويل اللازم للأدوات التقنيات المساعدة، من خلال مطالبة المدارس بتوفير هذه الأجهزة للطلبة المعوقين، والتأكيد على أن تكون مجانية ومناسبة. وتوالت بعدها القوانين والتشريعات التي عملت على تأكيد حقوق الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة. كما رافق هذه الحقبة الكثير من الاختراعات ففي عام ١٩٧٤م اخترعت الدائرة التلفزيونية المغلقة وفي عام ١٩٧٦م اخترعت آلة كروزويل للقراءة، وما بين عامي ١٩٧٦- ١٩٧٩م اخترع جهاز الأوبتاكون، وفي عام ١٩٧٨م اخترع جهاز فيرسا برايل، وتوالى بعدها اختراع الكثير من الأجهزة التي لا تزال تتزايد بشكل مطرد إلى يومنا هذا.

أنواع التقنيات المساعدة:

لاشك في أن للتقنيات قدرة عظيمة على مساعدة المعلمين في العملية التعليمية وخاصة بالنسبة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة (Edyburn, 2000; Lewis, 2000b) وعلى الرغم من أن التقنيات ليست دواء لكل وأمراض التربية، إلا انها يمكن أن تساعد المعلمين في العملية التعليمية في صفوف التعليم العام عند استخدامها بطريقة ملائمة.

ومن بين التقنيات التي تستخدم حاليًا في الصف: الحواسب الآلية، والإنترنت، والاسطوانات المرنة، واقراص الفيديو الرقمية DVD، هذا بالإضافة إلى استخدام التقنيات التعليمية التقليدية مثل: شرائط الكاسيت والفيديو والمسجلات، والتقنيات المساعدة مثل: وسائل التواصل الالكتروني والآلات الحاسبة الناطقة المصممة لذوي الإعاقة بصفة خاصة.

تتضمن التقنيات المساعدة أنواعًا كثيرة مثل: الأدوات المساعدة على الحركة، كالكراسي المتحركة والمشايات، وأدوات التواصل البديل أو المساند، و تمكن هذه التقنيات الأفراد الذين يعانون من قصور في الكلام من التعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم. وكذلك فإن تطبيقات الحاسوب المكيفة تسمح للأفراد المعوقين استخدام الحاسوب بسهولة ويسر، كلوحة المفاتيح المعدلة أو الفأرة المعدلة وغيرها.

وتشير الأدبيات المختلفة إلى أن الأدوات التقنية المساعدة تتراوح ما بين الأدوات التقنية البسيطة والأدوات التقنية المتطورة عالية التقنية والفرق بين النوعين يتلخص في أن النوع الأول يحتوي على جزء متحرك واحد أو قد لا يحتوي على أي جزء متحرك، في حين أن النوع الثاني يحتوي على العديد من الأجزاء المتحركة. وكذلك فإن الأدوات البسيطة نادرًا ما تحتوي على أية أجزاء إلكترونية فهي في العادة تؤدى وظيفة واحدة، في حين أن الأدوات المتطورة تتميز بوجود إلكترونيات معقدة وتؤدى في الغالب أكثر من وظيفة. أما من ناحية التكلفة فإن الأدوات البسيطة ذات تكلفة مادية قليلة إذا ما قورنت بالأدوات التقنية المتطورة ذات التكلفة المرتفعة التي قد تصل في بعض الأحيان إلى عشرات الآلاف من الدولارات. ومن ناحية التدرب، فإن التدريب على النوع الأول عادة ما يكون سهلاً وبسيطًا وموجزًا بشكل عام، أما الأدوات المتطورة فهي تحتاج إلى وقت طويل وجهد مكثف في التدرب على استخدامها.

ويقسم بعض الباحثين التقنيات المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة إلى قسمين آخرين هما: التقنيات الإلكترونية ومن أمثلتها الحاسوب وبرامجه المختلفة والكراسي الكهربائية المتحركة، والتلفزيون التعليمي، والفيديو، ومسجل الكاسيت، وجهاز عرض البيانات والآلة الحاسبة وغيرها من الأجهزة الكهربائية والإلكترونية. والتقنيات غير الإلكترونية ومن أمثلتها الدمى والصور والمجسمات، واللوحات وغيرها من الأدوات غير الكهربائية أو الإلكترونية. وهناك أيضًا من يقسم الأدوات التقنية المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة إلى: أدوات تقنية معقدة أو شديدة التعقيد، وتقنيات متوسطة، وأخرى بسيطة أو سهلة الاستخدام.

وتؤكد الإحصاءات الحديثة على وجود ما يزيد عن خمس وعشرين ألف أداة من أدوات ومعدات التقنيات المساعدة والمصممة لتعزيز المهارات الوظيفية للأفراد المعوقين، على أن هناك

من يرى ان مفهوم التقنيات المساعدة واسع جداً ويمكن أن يشمل اي شيء في الحياة يعمل على تحسين الأداء الوظيفي للأفراد المعوقين وهو قول لا يخلو من الصدق في ضوء متطلبات ذوي الاحتياجات الخاصة في مجالات وميادين لا حصر لها.

وبما ان هناك عدداً كبيراً من أدوات التقنيات المساعدة، فقد حاول العلماء المختصون تصنيف هذه الأدوات ضمن فئات تتشابه بمميزاتها وخصائصها ووظيفتها. فمنهم من عمل على تقسيمها إلى سبع فئات ومنهم من قسمها إلى ثمان فئات ومنهم من قسمها إلى عشر فئات، ومنهم من عمل على تقسيمها إلى عشرين فئة كشبكة وهذه التصنيفات لا تختلف عن بعضها البعض كثيراً .

تصنف شبكة (أبل داتا Apple Data) المدعومة من قبل المعهد الوطني لبحوث الإعاقة وإعادة التأهيل من أكبر شبكات المعلومات في ميدان التقنيات المساعدة على الإنترنت.وقامت هذه الشبكة بتصنيف أدوات التقنيات المساعدة بناء على، وظيفة هذه الأدوات وميزاتها الخاصة ضمن عشرين فئة هي كالتالي:

(١) معدات الحياة اليومية: هي الأدوات التي تساعد الأفراد المعوقين في نشاطات الحياة اليومية مثل: أدوات الاستحمام وحمل الأشياء والأدوات المساعدة على ارتداء الملابس، وأدوات الإسعاف الأولي، وأدوات الطعام والشراب، وأدوات المحافظة على النظافة والرعاية الصحية واستخدام الحمام وأدوات النقل والأدوات المساعدة على معرفة الوقت.

(٢) المعينات البصرية للمكفوفين وضعيفي البصر: هي الأدوات التي يستخدمها الأفراد الذين يعانون من إعاقة بصرية أو ضعف في البصر مثل: الحواسيب والأدوات التعليمية وأدوات العناية الصحية وأدوات المطبخ وأدوات التكبير ومعدات التوجه والحركة وأدوات الاستحمام والهواتف المعدلة والساعات وأدوات الترحال والطباعة وكتابة برايل.

(٣) أدوات التواصل: هي الأدوات التي تساعد الأفراد المعوقين على الكلام والكتابة، وطرق التواصل الأخرى مثل: أدوات التواصل البديلة والمساندة، ولغة الإشارة والهواتف والطباعة والكتابة.

(٤) **الملحقات الحاسوبية:** هي المنتجات التي تسمح للأفراد المعوقين باستخدام أجهزة الحاسوب المنزلية أو المحمولة والإفادة من مصادر تكنولوجيا المعلومات، مثل: البرمجيات والأجهزة وملحقات الحاسوب.

(٥) **أدوات التحكم والسيطرة:** هي الأدوات التي تمكن الأفراد المعوقين من تشغيل وإيقاف تشغيل وضبط الأجهزة الالكترونية والكهربائية المختلفة مثل: أجهزة التحكم عن بعد ومفاتيح التشغيل المكيفة (المعدلة).

(٦) **أدوات الصم وضعف السمع:** هي الأدوات المصممة للأفراد المعوقين سمعيًا ، مثل: مكبرات الصوت وسماعات الأذن والإلكترونيات الترفيهية والمفاتيح التي تعمل بلغة الإشارة وأجهزة التدريب على الكلام والهواتف المعدلة والساعات المكيفة.

(٧) **أدوات الصم المكفوفين:** هي الأدوات المصممة للأفراد الذين يعانون من إعاقتي كف البصر والصمم.

(٨) **أدوات التعليم:** هي الأدوات التي تعمل على تمكين الأفراد المعوقين من الإفادة من الوسائل التعليمية في المدارس، وفي البيئات التعليمية الأخرى مثل:الوسائل التعليمية وتجهيزات قاعة الدروس.

(٩) **أدوات تكييف البيئة:** هي الأدوات التي تجعل البيئة آمنة وسهلة الوصول مثل: تعديلات البيئة الداخلية والأثاث المنزلي وتعديل البيئة الخارجية، والإضاءة والإشارات.

(١٠) **أدوات التدبير المنزلي:** هي الأدوات التي تساعد الأفراد المعوقين على إدارة المنزل مثل: أدوات الطبخ والتنظيف بأدوات مكيفة(معدلة)، كمحضرة الطعام وأدوات الكوي وأدوات التنظيف وأدوات التسوق.

(١١) **الدعامات الجسدية:** وهي الشيالات والمنتجات الأخرى التي تدعم المفاصل والأطراف مثل: دعامات الرأس.

(١٢) **الأطراف الاصطناعية:** هي الأدوات التي تعوض فقدان الأطراف المبتورة مثل: الأقدام الاصطناعية والأذرع الاصطناعية.

(١٣) **معدات الأمن والسلامة:** هي أدوات الحماية الصحية، والحماية المنزلية مثل: أجهزة الإنذار وأنظمة الحماية والإضاءة والأقفال.

(١٤) **أدوات الترفيه والاستجمام:** هي الأدوات التي تساعد الأفراد المعوقين في نشاطاتهم الترفيهية ورحلاتهم مثل: أدوات الصيد المكيفة (المعدلة) والموسيقى والتصوير الفوتوغرافي وأدوات الخياطة والأدوات الرياضية والدمى.

(١٥) **أدوات الوضعية والجلوس:** هي الأدوات التي تساعد الأفراد على الجلوس بشكل مريح وسليم مثل: انظمة الجلوس والمساند والمقاعد العلاجية.

(١٦) **المعدات العلاجية:** هي الأدوات التي تساعد في معالجة المشكلات وتساعد في العلاج والتدريب مثل: أدوات التدريب على المشي وأدوات التمارين الرياضية المنوعة وأدوات تطوير المهارات الحركية.

(١٧) **أدوات النقل والمواصلات:** هي الأدوات التي تمكّن الأفراد المعوقين من قيادة المركبات، أو المعدات التي تساعد على ركوبها.

(١٨) **أدوات الوقوف و المشي:** هي الأدوات التي تساعد الأفراد المعوقين على الوقوف مثل: العصي والعكازات أو الأدوات التي تساعدهم على المشي مثل المشايات.

(١٩) **اجهزة الحركة المدولبة:** هي المنتجات التي تمكن الأفراد المعوقين حركيًا من التنقل بحرية في الداخل والخارج مثل: كراسي المعوقين الكهربائية واليدوية وبدائل الكراسي المتحركة كالدراجات الصغيرة وملحقات الكراسي كالعربات.

(٢٠) **الأدوات التي تخص أماكن العمل:** هي الأدوات التي تساعد الأفراد المعوقين في أداء أعمالهم ووظائفهم مثل: المقاعد المكيفة (المعدلة) واجهزة المكتب المنوعة .

وتطالب القوانين الفيدرالية الأمريكية المدارس التي يوجد بها طلاب ذوو إعاقة استخدام الوسائل وخدمات التقنيات المساعدة عند تطوير البرامج التربوية الفردية كلما تطلبت حاجاتهم ذلك، وطبقا للقانون الفيدرالي، يتم تعريف التقنيات المساعدة بأنها:"اي نموذج، أو اداة، أو نظام إنتاج سواء تم الحصول عليه تجاريًا، أو تم تعديله أو تصنيفه طبقًا لطلب الشخص الذي يستخدمه لزيادة، أو تحسين القدرات الوظيفية للطفل المعاق" [PL 108-446, Section 602 (1)]. وفي المقابل، فإن خدمات التقنيات المساعدة تعني : "اي خدمة تساعد الطفل المعاق بصورة مباشرة في انتقاء، واكتساب أو استخدام وسيلة تكنولوجية مساعدة" [PL 108-446, Section 602 (2)].

أسس اختيار التقنيات المساعدة:

تعتبر قضية اختيار الأدوات التقنية المناسبة وتحديدها من بين آلاف الأدوات المتوفرة امرًا لا مفر منه، لذا يتم تدريب الأخصائيين على تقييم احتياجات الأفراد الذين يعانون من إعاقة ما. ولتحديد الأدوات التقنية المناسبة لتلبية هذه الاحتياجات لا بد من اشتراك الأسرة والفرد ذي الحاجة الخاصة إضافة إلى المعلمين والمعالجين الوظيفيين المؤهلين وغيرهم من أعضاء الفريق (الخطيب، ٢٠٠٥). ويتم اختيار الأدوات التقنية المساعدة بعد إجراء عملية التقييم، التي يمكن من خلالها تحديد نقاط القوة من جهة ونقاط الضعف من جهة ثانية، وبعد ذلك تحديد الجانب الذي يحتاج إلى مساعدة، لذا يجب على العاملين في ميدان الإعاقة ان يظلوا على اطلاع دائم بما تفرزه علوم التقنيات لخدمة ذوي الاحتياجات الخاصة.

ويتم اختيار الأدوات التي تلبي احتياجات كل طفل على حدة، اما عدم إجراء عملية تقييم التقنيات المساعدة بشكل ناجح، فستقود إلى فشل وإخفاق عملية علاج الطالب.

ويورد الجراح والعجلوني (٢٠٠٥) قائمة بأعضاء الفريق المسؤول عن تحديد التقنيات المناسبة للأفراد المعوقين، والدور الذي يقوم به كل عضو في هذه العملية كالتالي:

(١) **الطالب:** وهو الشخص الوحيد الثابت في هذه العملية، ويجب ان يكون مشاركًا بشكل فعال في عملية اتخاذ القرار الخاص بالتقنيات المساعدة، لأنه الشخص الذي سيستفيد من هذه التقنية، وهو الذي سيقوم باستخدامها.

(٢) **الأسرة:** وتتألف من الوالدين، واعضائها الذين يعرفون كثيرًا عن انشطة حياة ابنهم اليومية وعن أدائه، وطرق التعامل مع إعاقته.

(٣) **مدرس التربية الخاصة:** وهو الشخص القادر على فهم قدرات الطالب، وهو المسؤول المباشر عن تطبيق الاستراتيجيات التربوية التي تسهم في تحقيق الأهداف التعليمية، والوظيفية، والاجتماعية.

(٤) **الاختصاصيون:** وهم المتعاونون في التدريس، كالمعالج الطبيعي او الوظيفي والطبيب، والممرض، ومدير المدرسة، ومشرف التربية الخاصة...

ويشير زيتون (٢٠٠٤) إلى أنه مع كل المزايا والإيجابيات التي يمكن ان يحصل عليها الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة من استخدام التقنيات المساعدة، إلاّ أنه ينبغي على المهتمين بتلك الفئة ان يضعوا في الاعتبار عدة أمور قبل اختيار الوسيلة التقنية المساعدة منها:

(١) خصائص مستخدم التقنيات وطبيعته واحتياجاته.

(٢) كيفية الاستفادة من تلك الأدوات والأجهزة المساعدة في مجالات الحياة المختلفة، اي الهدف أو الأهداف المنشودة من عملية استخدام تلك الأدوات.

(٣) الدراية والخبرة في التعامل مع التقنيات المساعدة لكل من يهتم بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة للمساعدة في عملية التدريب والاستخدام وغيرها من الأمور الضرورية الأخرى.

(٤) المكان الذي ستستخدم فيه التقنيات المساعدة، وتكلفة تلك التقنيات.

إن عملية تحديد التقنيات المساعدة المناسبة للفرد مهمة معقدة إلى حد ما، وهي ليست مسألة اعتباطية، لذا من الضروري إشراف فريق متكامل ومتعدد الاختصاصات (تربوي- اجتماعي- نفسي- طبي) على هذه العملية (النصراوي،١٩٩٢).

وبما أن الأدوات التقنية تعرض على عدد غير محدد ولا متناه من الأشكال والأصناف، فإن الاعتبارات العملية التي يجب مراعاتها هي: سهولة الاستعمال، وسهولة النقل، والمتانة، والتوافق مع الأدوات الأخرى.

ويقترح الباحثين مراعاة المعايير الخمسة التالية عند اختيار أدوات التقنيات المساعدة :

(١) اختيار الأداة الأقل صعوبة والأقل تعقيداً .

(٢) اختيار الأداة التي يحتاج تشغيلها إلى حد أدنى من التدرب.

(٣) اختيار الأداة التي تتطلب الحد الأدنى من الطاقة.

(٤) اختيار الأداة التي لا تعطل الأنشطة الأخرى التي يقوم الشخص بممارستها .

(٥) "اختيار الأداة التي تنفذ المهمة المطلوبة منها في أسرع وقت ممكن (الخطيب، ٢٠٠٥)

ومن الجدير بالذكر أن قانون التربية الفردية قد أكد على ان فريق المدرسة هو المسؤول المباشر عن تطوير البرنامج التربوي الفردي، والذي يجب ان يتضمن وصفاً للأدوات والخدمات التقنية المساعدة التي يحتاجها الطفل.

إيجابيات وسلبيات التقنيات المساعدة:

لقد ظهر في العقدين الماضيين تقدم هائل في التقنيات، زاد من الذخيرة المستعملة ومن الأدوات والاستراتجيات، لتحسين اشتراك الطلاب في النشاطات التربوية ضمن البيئات والأوضاع التعليمية المتباينة، واستطاعت التقنيات المساعدة أن تفتح الباب أمام الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة. فأدوات التقنيات المساعدة وخدماتها ساعدت في التقليل من تأثيرات الإعاقة. وإذا ما استعملت هذه الأدوات بشكل صحيح وتوفرت خدماتها، فإن الأفراد المعوقين يمكن أن يحرزوا تقدمًا واستقلالاً أكبر وزيادة في الثقة بالنفس.

ولاشك في أن التقنيات المساعدة تسهم بشكل مباشر في تعليم مهارات الحياة اليومية، والمهارات الاجتماعية والمهارات الأكاديمية، وغيرها من المهارات لدى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة. فالمعينات السمعية والبصرية والحركية أسهمت في منح الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة مزيدا من الاستقلالية والحرية في الحركة والتنقل (الخطيب، ٢٠٠٥). وبذلك فإن نوعية الحياة التي يواجهها هؤلاء الأفراد أصبحت أكثر مرونة، حيث الزيادة في القدرة على الحركة والتواصل مع مكونات البيئة، وبذلك زيادة في مفهوم الذات الإيجابية، وزيادة الحافز والدافعية عند هؤلاء الأفراد .

ولهذه الاختراعات إيجابيات واضحة وتأثير جوهري على الأفراد المعوقين وعلى عامة الناس. إذن فللتقنيات المساعدة تأثير على كل الأشخاص في الحياة ولا يمكن التخلي عنها، ومن الممكن في المستقبل القريب تحقيق المزيد من التقدم في هذا المجال وستكون هذه الاختراعات متوفرة للجميع .

ويشير الجراح والعجلوني (٢٠٠٥) كما هو موثق إلى أن استخدام التقنيات المساعدة يعود بفوائد كثيرة على مستخدميها من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، منها تقليل أثر الإعاقات أو إزالتها، وتقديم المساندة في عملية تعلمهم، وتعزيز فرصهم المهنية والإبداعية، كما أنها تساعد في عملية إثراء المناهج التعليمية. وربما يزيد استخدام التقنيات المساعدة من الاستقلالية وبذلك فهي تقلل من الاعتماد على الآخرين، وتسمح للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بأن يظلوا مندمجين مع مجتمعاتهم، من خلال تواصلهم وتفاعلهم مع الآخرين، وتحكّمهم في بيئتهم، كما أنها تساعدهم في التخلص من الطرق السلبية في تعلمهم.

ولاستخدام التقنيات في حياة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة العديد من الفوائد النفسية. فقد أشارت دراسات علمية عديدة إلى أن استخدام بعض التقنيات كالحاسوب مثلاً دور كبير في خفض التوتر والانفعالات حيث تتوفر البرمجيات المسلية والألعاب الجميلة التي تدخل البهجة والسرور في نفوس هؤلاء الطلاب، وبالتالي تخفف كثيراً من حدة التوتر والقلق النفسي لديهم، لذا فإن الكثير من المعلمين يستخدمونها كمعزز في تعديل سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (هوساوي،٢٠٠٦).

اما المكاسب الأعظم فقد أُكدت من قبل الآباء والأسر فيما يتعلق بالمخرجات الانفعالية والتي تتمثل في مفهوم ذات أكثر إيجابية واستقلال وتفاعل اجتماعي وتعاون ولعب منفتح.

والأوصاف الأقوى حول فوائد التقنيات المساعدة يمكن استخلاصها من البحوث النوعية ومن المستخدمين أنفسهم هذه نماذج تؤكد صحة ما نقول. تعاني آني من تأخر نمائي ملحوظ، وقد بدأت باستخدام المفاتيح والألعاب المكيفة (المعدلة) من عمر سنة، كما بدأت باستخدام الحاسوب في عمر ثلاث سنوات. وفي عمر أربع سنوات أصبحت تستخدم أداة تواصل مساند خلال حاسوب بلوحة مفاتيح مكيفة. وبالرغم من أنها واجهت عدداً من العوائق، كالإعياء والمشكلات السلوكية والصعوبات المتتالية في استخدام الأجهزة، إلا ان امها شعرت بأن طفلتها بدأت بالتواصل مع المحيطين بها. فهي ترى نفسها كشخص مقبول اجتماعيًا عند شعور من هم حولها برغباتها ومشاعرها ومعرفتهم بحاجاتها.

أما من الناحية الأكاديمية فلا يكاد يخفى على الجميع ما تؤديه التقنيات المساعدة من خلال التقنيات التعليمية، من تسهيلات في عمليتي توصيل وشرح المعلومة للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، والمساعدة في رفع مستواهم الأكاديمي، والزيادة في التحصيل.

ومن ناحية ثانية فقد كان للتقنيات بعض الأثر على نسبة انتشار الإعاقة في المجتمع، فالبيانات المتوفرة توضح ان نسبة انتشار الإعاقات المتعددة - على سبيل المثال - ازدادت في العقدين الماضيين. وقد أرجع بعضهم تلك الزيادة إلى تقدم التقنيات الطبية، التي أصبحت قادرة على إنقاذ حياة عدد كبير من الأطفال..

فمصطلح "الأطفال المعتمدون على التقنيات" أصبح مصطلحًا متداولاً في أدب التربية الخاصة المعاصرة،وهو يشير إلى الأطفال الذين يعتمد بقاؤهم على الأدوات والأجهزة التقنية (الخطيب، ٢٠٠٥).

على أية حال فإن المنافع والفوائد التي تعود على الطلاب جراء استخدام التقنيات المساعدة، لا يمكن تحقيقها ما لم يكن المعلمون على أتم الاستعداد والتدريب الكافيين لتشغيل هذه الأجهزة، والتعامل معها لتصبح هذه الأدوات ضمن النظام أو الروتين الصفي اليومي ..

كما يعتبر الحاسب الآلي وأنواع التقنيات الأخرى أدوات ذات جوانب متعددة يمكن استخدامها في عدد من الأغراض التربوية المختلفة، وهناك العديد من المزايا التي يحتمل أن يحققها الحاسب الآلي وأنواع التقنيات الأخرى، والتي يمكن تلخيصها في النقاط الأربع التالية:

(١) تسمح التقنيات بفردية التعلم، إن الحاسب الآلي يسمى بالحاسب الآلي الشخصي لأن المستهدف أن يستخدمه شخص واحد، فهو يعتبر من التقنيات الفردية، وإذا وجد ٣٠ طالبًا في فصل واحد، فسوف يجلس كل منهم على حاسب آلي، ويمكن أن يشترك هؤلاء الطلاب في الأنشطة في ثلاثين مجال مختلف المحتوى، أو يمكن أن يعمل كل هؤلاء الطلاب في نفس المحتوى لكن سيكون لكل شخص مستوى مهاري ملائم لمستوى تعلمه، وبالإضافة إلى ذلك تسمح معظم برامج الحاسب الآلي للمتعلمين بالتقدم وفقًا لبراعة كل منهم.

(٢) تساعد التقنيات على تحفيز الطلاب، إذ يعتبر الإبداع عاملاً مهمًا في التحفيز. ولا تزال التقنيات وسيلة تعليمية جديدة تكفي لإثارة اهتمام الطلاب، وبالإضافة إلى ذلك، غالبًا ما يعتقد الطلاب ان انشطة التعلم المتمركزة على التقنيات تقوم على اللعب اكثر من اعتمادها على العمل، وهناك ملمح آخر للتحفيز وخاصة للطلاب ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة وهو قيام كثير من البرمجيات بالتغذية الراجعة للمتعلم مع عدم إطلاق الحكم النهائي بالصحة أو الخطأ، فإذا اخطأ الطالب، سيقول البرنامج ببساطة "ليس تمامًا حاول مرة اخرى".

(٣) تسمح التقنيات بأنواع جديدة من التعلم وطرق جديدة من إنجاز المهام القديمة، ويمكن للمعلمين تزويد الطلاب بمساعدة الحاسب الآلي بمجموعة من تجارب التعلم التي يصعب وجودها عادة في الصفوف التقليدية، فعلى سبيل المثال، يمكن أن يتعلم الطلاب من خلال استخدام برامج الحاسب الآلي التي تسمى "محاكاة الواقع" مثل: إدارة عمل تجاري صغير، أو قيادة القوات في معركة لحرب المدن، أو إجراء سلسلة من التجارب الكيميائية أو السفر إلى كوكب المشتري، ويمكن أن يقوم الطلاب من خلال التفاعل مع شبكة المعلومات العالمية (الانترنيت) تجاوز حوائط الصف لزيارة البيت الأبيض، أو النظر على الرحلة الاستكشافية الأخيرة لمحطة ناسا الفضائية، أو فحص حالة البورصة أو التفاعل مع طلاب آخرين في صف آخر في العالم. ويزود الحاسب الآلي أيضًا طرق جديدة للقيام بالمهام القديمة. وبمساعدة برامج معالجة الكلمات على سبيل المثال ستصبح الكتابة عملية مختلفة إلى حد ما . وبمجرد قيام الكاتب بإدخال نص في البرنامج، يمكن حينئذ تعديل النص ومعالجته بسرعة وبسهولة، ويمكن أن يقوم الكاتب بإضافة أو حذف كلمات أو عبارات، وتغيير ترتيب الجمل أو الفقرات، وصياغة النص بطرق كثيرة ومختلفة ويقوم حتى بإضافة الأشكال البيانية، وهذه المرونة تجعل من الكتابة مهمة أسهل للطلاب بسبب قلة الأخطاء التي يجب تصحيحها.

(٤) تساعد التقنيات المساعدة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على الحد من آثار إعاقاتهم أو تجاوزها، ويسمح الحاسب الآلي وانواع التقنيات الأخرى لكثير من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بتجنب المعوقات البدنية أو الشعور بها ولذلك يمكنهم المشاركة في أنشطة صفوف التعليم العام.وعلى سبيل المثال، يمكن للطالب الذي يعاني من الشلل والذي يستطيع فقط الإيماءة برأسه "الكتابة" على الحاسب الآلي بواسطة استخدام زر خاص مركب على مسند الرأس لكرسيه المتحرك، أو يمكن للطالب الكفيف استخدام الحاسب الآلي في تحويل المقال المكتوب بطريقة برايل إلى ورقة عادية مطبوعة يمكن لمعلمه قراءتها، ويمكن للحاسب الآلي أيضًا مساعدة الطلاب على تعويض الصعوبات التي يعانون منها في المهارات الأكاديمية الرئيسة. إذ يمكن للطلاب

ذوي التهجي الضعيف الكتابة باستخدام معالج الكلمات وبعد ذلك يمكنهم استخدام برنامج مراجع التهجئة لمساعدتهم في تصحيح الكلمات ذات التهجي الخاطئ.

في المقابل، هناك احتمال لظهور بعض العيوب عند استخدام التقنيات في الصف. ولذلك يعتبر الحاسب الآلي وسيلة جيدة عند الاستفادة منها فقط في البرمجيات جيدة تلك التي يقوم الطلاب بتشغيلها أو مواقع الانترنيت التي يتصلون بها. وبناء على ذلك يعتبر انتقاء الأنشطة التعليمية الملائمة امرا مهمًا، ولا تقوم كل عمليات التعلم المتمركزة على التقنيات باستخدام المبادئ السليمة للتعلم، وعلى الرغم من أن يوجد الآن خيارات كثيرة للبرمجيات التربوية، وما يعرضه الإنترنت أعدادًا كبيرة للمصادر الممكنة، إلا انه قد يكون من غير الممكن في اي برنامج أو موقع للانترنت أن يكون مناسبًا من حيث المحتوى والمستوي، وحاجات واهتمامات طالب بعينه، وبالإضافة إلى ذلك، وعلى الرغم من أن نتائج البحوث والدراسات قد أوضحت إمكانية قيام التقنيات مثل الحاسب الآلي بتحسين أداء الطالب (Sivin-Kachala & Bialo, 1996)،إلا ان معظم التطبيقات لا توفر بيانات الاختبار الميداني لمساندة فعاليتها.

إن أحد مجالات الصعوبة الأخرى هو الوصول إلى الأدوات والأنواع الأخرى للتقنيات، فقد يكون لدى المدرسة عدد محدود من الحواسب الآلية الحديثة، فإذا لم تكن أجهزة الحاسب الآلي متاحة داخل الصف، فقد يحتاج المعلمون إلى جدولة طلابهم في معمل الحاسب الآلي المركزي أو مركز الوسائل لوقت محدود أسبوعيًا. بالإضافة إلى ما سبق، فإن التقنيات ستصبح بسرعة قديمة بمجرد ظهور الإصدارات الجديدة، وقد لا يمكن للبرمجة المصممة لتشغيل نظم الحاسب الآلي الحديثة أن تعمل مع الأجهزة القديمة. وبالإضافة إلى ما تقدم، تعتبر التكلفة عامل رئيس آخر، إذ يجب أن تكون التقنيات غير مكلفة بالنسبة لكل من المؤسسة التعليمية والمعلمين.

البرامج المصممة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة:

لقد تم تصميم بعض البرامج بصفة خاصة لكي تناسب احتياجات الطلاب ذوي الإعاقة، فقد تم على سبيل المثال تطوير برامج معالجة الكلمات للطلاب المكفوفين، فعندما

يكتب الطالب الحرف، ينطق مؤلف الكلام نفس الحرف عندما يظهر على الشاشة، ويمكن للطالب أيضًا توجيه المؤلف لقراءة قائمة البرنامج والتوجيهات الأخرى على الشاشة واستعراض ما تمت كتابته اما حرفًا حرفًا أو كلمات او جمل وتقوم بعض برامج القراءة الأولية بالتحدث أيضًا كالبرامج المصممة للطلاب ذوي تأخر اللغة الشفهية، وبالإضافة إلى ذلك، تم تطوير البرامج لتدريس المهارات الحياتية والمهنية للطلاب ذوي الإعاقات المعرفية البسيطة.

ومع ذلك، يمكن لمعظم الطلاب ذوي الاحتياجات الاستفادة من البرامج المستهدفة للمتعلمين ذوي المستوى المتوسط إذا ما تم تصميم هذه البرامج بصورة جيدة (Eiser, 1986; Shepard, 1986)، وفي الواقع، يصرح معلمو التربية الخاصة بأنه يمكن اعتبار البرامج التي يقومون باستخدامها في أغلب الأحيان مع الطلاب ذوي الإعاقات البسيطة برامج للتربية العامة (Lewis, 1997; Lewis & Harrison, 1988). وعلى الرغم من ان هناك احتمال بأن يكون معلمو صفوف التعليم العام في حاجة إلى الحصول على مساعدة إضافية في انتقاء البرامج التعليمية، إلا أن البرامج المتاحة اليوم تقدم العديد من الخيارات التي تلائم الطلاب ذوي حاجات التعلم البسيطة.

وفي الفقرات القادمة يعرض المؤلف لنماذج من البرامج المصممة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بما تشتمل عليه من تقنيات تعليمية مساعدة، او تقنيات تأهيلية.

التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقات البدنية:

تعتبر قابلية الحركة حاجة رئيسة للطلاب ذوي الإعاقات البدنية، ويقوم بعض الطلاب باستخدام الكراسي المتحركة ويستطيعون باستخدام هذه الكراسي السير بأيديهم وأذرعهم، ويقوم الآخرون ذوي القدرة أو الحركة المحدودة في أعلى اجسامهم باستخدام كرسي القوة (دراجة بخارية منخفضة) مجهزة بمحرك وبطارية، وعادة ما يتحكم في هذه الكراسي عصا يقوم الطالب بتشغيلها بتحريك يديه، او ذراعيه، او قدميه، أو راسه أو ذقنه.

وتعتبر الدعامات والأجهزة التعويضية (إضافة عضو للإنسان) مثل الأطراف الاصطناعية وسائل تساعد على تغذية أو استبدال اجزاء من الجسم وقد تحسن في السنوات

القليلة الماضية تصميم هذه الوسائل وتم استخدام الأدوات الأكثر خفة وقوة في تركيبها، وقد جعلت هذه التغيرات الدعامة والأجهزة التعويضية أكثر راحة وتبدو بشكل أفضل وقد زاد ذلك من احتمال ارتداء ممتلكيها لها، وتعتبر الأجهزة التعويضية تحت التطوير الآن وتستخدم اشكالاً من المشغلات صغيرة الحجم Microprocessor (مثل الأدوات المستخدمة في الحاسب الآلي) لتحسين الحركة والضبط الحركي.

وغالبًا ما يستخدم الطلاب ذوو الصعوبة في الكتابة في الصف الحاسب الآلي والآلات الحاسبة ذات مخرج مطبوع، وتساعد أشرطة التسجيل في أغراض متعددة: تسجيل محاضرات الصف، قراءة النصوص المسجلة وتسجيل الواجبات المنزلية أو الاختبارات حتى لا يضطروا إلى كتابتها، ويساعد مقلب الصفحات اليدوي أو الالكتروني الطلاب من خلال الإمساك بكتاب في وضع مفتوح للقراءة لقلب الصفحة ويقوم الطالب بتفعيل الوسيلة بواسطة حركة الذقن أو الفم.

نماذج للتقنيات التعليمية المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة البدنية:

تلعب التقنيات المساعدة اليوم دورًا مهمًا في الصفوف التعليمية، حيث يعمل الطلاب ذوي الإعاقة البدنية والعاديين جنبًا إلى جنب، وقد سبقت الإشارة إلى أن التقنيات المساعدة هي: "اي نمط من التقنيات تم تصميمه بصفة خاصة ليستخدمه المعاقون".

ومن الجدير بالذكر أن بعض الطلاب ذوي الإعاقات البدنية الشديدة لا يستطيعون التفاعل مع نظام الكمبيوتر بصورته العادية، إذا لم يتم إجراء تعديلات خاصة، وتسمح التقنيات المساعدة لهؤلاء الطلاب والآخرين ذوي الإعاقات الأقل خطورة باستخدام الكمبيوتر للتعلم.

وهناك نمطين رئيسيين للتعديلات وهما:

(١) وسائل الإدخال البديلة: مثل لوحة المفاتيح أو معززات لوحة المفاتيح العادية.

(٢) وسائل المخرجات البديلة: اي الوسائل البديلة لعرض المعلومات.

وبالإضافة إلى ذلك، يتم تصميم انماط عديدة أخرى للوسائل المساعدة من اجل مواجهة الحاجات التعليمية للمتعلمين ذوي الإعاقات البدنية. ومن بين هذه الوسائل:

(١) بدائل لوحة المفاتيح:



يمكن استخدام وسائل إدخال خاصة لتعزيز أو تجنب استخدام لوحة المفاتيح للطلاب غير القادرين على إدخال المعلومات في الكمبيوتر من خلال الكتابة على لوحة المفاتيح العادية، وغالبًا ما يتم استخدام هذه الوسائل مع الأشخاص ذوي الإعاقات البدنية التي تؤثر إعاقتهم على قدرتهم على التحكم في حركة اليد والأصابع.



لذلك يعتبر كل ما هو ضروري تكييف بسيط للوحة المفاتيح العادية أو طريقة بديلة للكتابة على لوحة المفاتيح، فعلى سبيل المثال، قد لا يستطيع الطالب الذي يعاني من الشلل الكتابة على لوحة المفاتيح العادية لكنه يستطيع التحكم في عضلات الرأس والرقبة ويمكنه الكتابة من خلال استخدام مؤشر الرأس، وهي وسيلة مثل قبعة أو غطاء على الرأس مركب فيها عصا ويقوم الطالب بوضع المؤشر على المفتاح ثم يقوم بالضغط على المفتاح، ويمكن استخدام مفتاح الأمان مع الطالب الذي يعاني من الارتعاش، ويعتبر مفتاح الأمان غطاء يناسب حجم لوحة المفاتيح العادية ذات فتحات على المفاتيح تمكن الطالب من الوصول والضغط على مفتاح واحد بدون لمس المفاتيح من حوله. وتتصل لوحة المفاتيح البديلة بالكمبيوتر وقد تكون أكبر أو أصغر من لوحة المفاتيح العادية ويطلب من المستخدم ضبط بسيط لتنشيط المفاتيح.

وهناك عدة تعديلات لتيسير استخدام الحاسوب كالتعديل الذي حدث على لوحة المفاتيح حيث أن هناك إعاقات تمنع ذوي الإعاقة من استخدام لوحة المفاتيح كعدم قدرتهم على الضغط على أكثر من حرف في آن واحد وقد تكون لوحات المفاتيح البديلة مسطحة، ذات حساسية للمس، فبدلا من وجود مفاتيح منفصلة، ويتم تقسيم السطح إلى مناطق "مفتاح"، وقد تكون هذه المناطق أكبر من المفاتيح في لوحة المفاتيح العادية وقد يوجد فراغ بينها ولذلك يكون من السهل تحديد "المفاتيح".



وبالإضافة إلى ذلك نجد وسائل أخرى لتجنب استخدام لوحة المفاتيح من خلال السماح للطلاب بالإجابة من خلال شاشة عرض الكمبيوتر، وعلى سبيل المثال ومن خلال شاشة اللمس، يقوم الطالب وببساطة بلمس منطقة الشاشة الموضح عليها الإجابة المختارة، وعادة ما تكون هذه الوسائل مقصورة على البرامج المصممة بصفة خاصة لتقبل مدخل اللمس.

وهناك الطلاب ذوي الإعاقة البدنية من لا يستطيع استخدام لوحة المفاتيح بتاتًا وقد تم التغلب على ذلك باستخدام برامج إدراك الأصوات بحيث يستطيع المستخدم إعطاء الأوامر الصوتية بدلاً من استخدام لوحة المفاتيح. أيضًا بالنسبة لذوي الإعاقة البدنية الذين لا يستطيعون استخدام لوحة المفاتيح أو إدخال المعلومات وإصدار الأوامر للحاسوب هناك أدوات تسمح لهم باستخدام الحاسوب منها أداة التحكم "عصا جويس" Joyce Stick كما



لأن هناك إمكانية للمس الشاشة لإعطاء أوامر للحاسب مباشرة وذلك بتحويل شاشة الحاسوب إلى لوحة مفاتيح منظورة وهناك لوحة مفاتيح مصغرة للذين لا يستطيعون مد ايديهم لمسافات طويلة او لوحة مفاتيح كبيرة لمن ليست لديهم الدقة الكافية لاستعمال المفاتيح المتجاورة.

ونفس الشئ بالنسبة للفارة mouse من حيث عدم إمكانية استخدامها بالنسبة لذوي الإعاقة البدنية فاستخدامها يتطلب مهارة تحكم في حركة الفارة والضغط على أزرارها فإن هناك أدوات إشارة بديلة تمسك بالفم او تثبت بالراس و عصيات تحكم، أو استخدام القدم في إدخال البيانات وإعطاء الأوامر للحاسوب. كما يمكن لذوي الإعاقات البدنية الشديدة والمتعددة استخدام الحاسوب عن طريق تحديق العين Eye gaze ويسمح هذا الجهاز للشخص الذي يستطيع التحكم في حركة عينه او رمشه من تشغيل الحاسوب.



كما ان هناك بعض الأجهزة الخاصة بذوي الإعاقة البدنية مثل اجهزة تقليب الصفحات فيما يسمي "مقلب الصفحات" Page Turners التي تساعد الذين لا يقدرون على تحريك ايديهم كليًا او جزئيًا على تقليب صفحات المادة المطبوعة.

(٢) الأقلام الإلكترونية:

انتجت شركة "لوجيتيك" Logitech قلمًا رقميا اطلقت عليه القلم الشخصي الرقمي (١٠) Personal Digital Pen 10. يستطيع هذا القلم تذكر جميع ما يكتبه المستخدم (يصل إلى ٤٠ صفحة) على أوراق خاصة (يتم منح المستخدم بعض الأوراق الخاصة في داخل علبة القلم)، ليقوم بنسخ المعلومات إلى الكومبيوتر او القرص الصلب الخارجي عند

وضعه في قاعدته الخاصة (لتحريرها او حفظها وإرسالها عبر البريد الإلكتروني). ويستطيع القلم تفسير خط يد المستخدم وتحويله إلى نص رقمي بشكل بسيط وسلس. ومن الأقلام الأخرى قلم "فلاي فيوجن" Fusion FLY الذي يستطيع الاتصال بالكومبيوتر وتحميل ما سجله من المعلومات عليه.



أما قلم "كويكشيناري" Quicktionary فبمقدوره مسح كلمة ما وترجمتها إلى ثلاثين لغة مختلفة، أو تلك التي تعرض معاني الكلمات بلغتها الأساسية، أو تلك التي تحفظ المعلومات التي مسحها الطالب وتقوم بتحميلها إلى كومبيوتره الشخصي.

ولتخزين المعلومات ونقلها بين الكومبيوترات المختلفة، فإن الطالب سيحتاج إلى وحدة تخزين خارجية تعمل بتقنية "يو إس بي" USB. وتستطيع هذه الوحدات تخزين المعلومات لسنين طويلة، وتسجيل ومسح المعلومات لعشرات الآلاف من المرات بدون أن تضيع المعلومة منها. ولا تحتاج هذه الوحدات إلى بطارية لتعمل، حيث أنها تستمد طاقتها من الكومبيوتر عند وصلها به. كما أن استخدام هذه الوحدات سهل للغاية، ويمكن التعامل معها وكأنها ملف Folder عادي، يمكن مسح الملفات منه او تسجيل ملفات جديدة عليه، أو حتى تشغيل الملفات عبره. وتتراوح سعات هذه الوحدات بين ميغابايت واحد و١٦ جيجابايت، والجدير ذكره أن سعة ٥١٢ ميغابايت تستطيع حفظ آلاف الصفحات من الوثائق، ومئات الصور المرافقة لها، أو حوالي ١٠٠ أغنية موسيقية.

(٣) القارئ الرقمي للمناهج

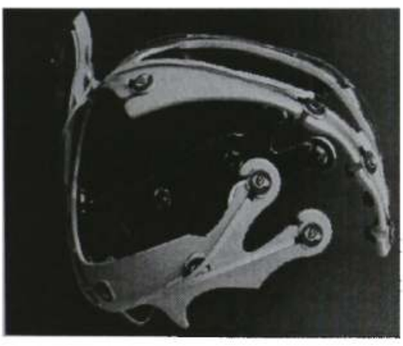
تقدم شركة "سوني" جهازا يستطيع عرض الكتب الإلكترونية تحت اسم قارئ "سوني بي آر إس ٥٠٠ ريدر" Reader PRS-500 . ويستطيع القارئ الالكتروني عرض ملفات PDF و DOS وملفات الصور والموسيقى. كما يمكن تحميل حوالي ١٠ آلاف كتاب مختلف من الإنترنت عبر برنامج "سوني كونيكت" Sony Connect. الجدير ذكره أن الجهاز يدعم

خدمات RSS الإخبارية عبر البرنامج المذكور. ويبلغ سعر القارئ حوالي ٣٠٠ دولار اميركي. وبالنسبة للمدارس أو الجامعات التي تسمح للطلاب بإدخال الكومبيوترات المحمولة إلى قاعات الدراسة،



إن المساعدات الشخصية الرقمية Personal Digital Assistants PDAs تستطيع توفير نفس قدرات الكومبيوترات المحمولة من حيث كتابة الملاحظات، ولكن بحجم أصغر ووزن أقل. ومن المساعدات المتقدمة تلك التي تقدمها شركة "إتش بي" Hewlett Packard تحت طراز "آي باك" IPAQ، حيث انها تحتوي على تقويم وآلة حاسبة ودفتر للعناوين والأرقام وبرامج لتسجيل الملاحظات (مثل "مايكروسوفت وورد") وبرامج للمحاسبة (مثل "مايكروسوفت إكسل"). ويمكن لهذه الأجهزة تبادل المعلومات عبر تقنيات "بلوتوث" اللاسلكية، بالإضافة إلى القدرة على تشغيل بعض الألعاب البسيطة التي تسمح بتوفير بعض المتعة أثناء ركوب السيارة أو الحافلة.

٤) خوذة للتحكم في الحاسب الآلي :



التحكم في الحاسب الآلي عن طريق التفكير دون لمس لوحة المفاتيح عن طريق خوذة تدعي ايبوك (Epoc). وتنتج هذه الخوذة شركة Emotiv System وهي خفيفة الوزن. فالمستعمل يضع على رأسه هذه الخوذة وكأنها سماعة كبيرة عادية موصولة عادة إلى الكمبيوتر.

وبفضل التقنيات اللاسلكية، يطلق واضع هذه الخوذة العنان لحركاته وتفكيره وتعابيره وانفعالاته وفي الوقت ذاته تراقب الخوذة نشاط الإشارات الكهربائية في الدماغ.

أمثلة على التقنيات التأهيلية المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة البدنية

هناك العديد من التقنيات الحديثة التي تساعد ذوي الإعاقة البدنية على تدريب اجسامهم، والتعايش مع الإعاقة بشكل أكثر يسراً من السنوات السابقة، ومن بين هذه التقنيات ما يلي:

(١) بدلة البانجي Bungy Suit



أو ما يسمي ببدلة الفضاء. ففي أواخر الستينيات اخترع المركز الروسي للطيران والطب الفضائي بدلة الفضاء بنجوين (Penguin) . والتي يتم ارتداؤها من قبل رواد الفضاء خلال إقامتهم الطويلة في الفضاء الخارجي وذلك لمنع التأثيرات الضارة من انعدام الجاذبية (غياب الحركة المضادة للجاذبية) على العضلات، والعظام والمفاصل.

ونتيجة للحقائق المعروفة التي تؤكد أن حالات الشلل الدماغي لا يستطيعون مقاومة الجاذبية مثل رجال الفضاء التي لا يجدونها هناك فيتعرض كلاهما لمضاعفات عدم الحركة. وبعد العديد من البحوث والدراسات، تم تعديل البدلة وأطلق عليها اسم "بدلة آدلي" Adeli Suit وبدء استعمالها لعلاج حالات الشلل الدماغي واضطرابات الجهازين العضلي والعصبي، واقتصر استعمالها داخل الاتحاد السوفيتي فقط وبنتائج واعدة.

وفي عام ١٩٩٤ قام مركز Euromed في بولندا بأخذ خطوة أبعد في مجال تطبيق هذه التقنية الحديثة وطورت برنامج العلاج الطبيعي المكثف يستخدم فيه بدلة الفضاء (Adeli Suit) لعلاج الحالات المذكورة آنفا.

وفي عام ٢٠٠٢ قامت شركة LLC بتطوير البدلة وتم عرضها تحت اسم Thera Suit ويدء تطبيق العلاج الطبيعي المكثف في الولايات المتحدة الأمريكية. في عام ٢٠٠٣ طورت البدلة، حيث تم استحداث نظام جديد للأطراف العلوية وأيضا استخدام جهاز تثبيت أفضل، ويمكن القول إنها البدلة الوحيدة في العالم التي تعالج الأطراف العلوية أيضا في حين ان جميع البدل الأخرى ليس لها هذا النظام، وسميت Bungy Suit.

وفي عام ٢٠٠٤ تم اختراع بدلة جديدة بواسطة د. باترشيا بالولايات المتحدة الأميركية تحت اسم نيوروسوت (Neurosuit).

وتصنع بدلة البانجي من قماش خاص ومتين لا يمنع التهوية، وهي سهلة وسريعة الارتداء صممت من أجل تصحيح وضع وحركات الطفل المصاب بالشلل الدماغي.

وتتكون البدلة من الأجزاء الآتية :

(١) صديرية (vest) : وهو يكون الجزء العلوي المحيط بالصدر.
(٢) سروال (short) : وهي الجزء السفلي يحيط بالحوض والأرداف.
(٣) ركبة (knee) : وهي قطعتان تحيطان بركبة الطفل.
(٤) حذاء (shoes) : وهو حذاء معد خصيصا بطريقة معينة ليتكامل مع باقي أجزاء البدلة.

(٥) غطاء الراس أو الأجزاء الخاصة بالكوع: يمكن إضافتها عند حاجة الحالة لذلك.

تتكون البدلة من قماش متين يجمع بين المتانة والمرونة والقوة ويسمح بتهوية جسم الطفل. ويربط بين أجزاء البدلة المختلفة نوعين من الروابط:

(١) اشرطة قماشية : ويمكن تعديل أطوالها وطريقة أحكام ربطها وبذلك يمكن تصحيح وضع الطفل الخاطئ وحماية الأنسجة والعضلات من القصر والتشوهات.
(٢) اشرطة مطاطية : وهي تحيط بالجسم وتوضع بنظام معين وذلك لمحاكاة خط عمل العضلات المختلفة للجسم ويمكن تعديل درجة شد الرابط المطاطي حسب طول وقوة الطفل وإعطاء المقاومة اللازمة لعضلاته وزيادة الحمل التدريبي على الطفل وزيادة إحساسه بأعضائه الداخلية.

أما عن أهم فوائدها، فيمكن أن تتلخص فيما يلي:

(١) يتعلم الطفل باستخدام البدلة النمط الصحيح للحركة أثناء التمارين.

(٢) تقوم البدلة بزيادة الحمل التدريبي على جسم الطفل من ٣٠ - ٨٠ باوند.

(٣) تزيد البدلة من تقارب النهايات العظمية المكونة للمفاصل مما يتيح للطفل الإحساس بوضع جسمه (التغذية الراجعة feedback) مما يقلل من أضرار الإعاقة.

(٤) تثبت البدلة المستقبلات الحسية العميقة داخل المفاصل والعضلات مما يتيح للمخ الفرصة لتعديل الإشارات والأوضاع الخاطئة.

(٥) تقوم البدلة بتوفير عنصر الثبات والاتزان للطفل مما يزيد من فاعليته وقدرته على ممارسة الأنشطة اليومية المختلفة وتزيد من ثقته في قدراته الشخصية.

(٦) زيادة الحمل التدريبي على الطفل يؤدى إلى تحسين قوة العضلات ونمو العظام وطول الطفل وتقارب الأسطح العظمية المكونة للمفاصل.

(٧) تقوم البدلة بتحسين القدرة على الكلام والتنفس وذلك بتقوية العضلات المسؤولة عن تلك الوظائف.

(٨) تضيف الأشرطة المطاطية حملاً إضافيًا يتراوح بين ١٥ — ٤٠ كجم إلى قوة الجاذبية الموجودة أصلاً (وزن الطفل المصاب الشلل الدماغي) مما تجعله يتعلم التعامل مع كافة الأحمال في نفس الوقت، الأمر الذي يقوي القوة المضادة للجاذبية (العضلات)، وهذه ستعطي قوة أكثر إلى العضلات في مقاومتها ضد الجاذبية عندما يتحرك مريض الشلل الدماغي بدون بدلة البانجي.

(٩) كما أن الأشرطة المطاطية تقاوم جميع العضلات في الوقت نفسه، وبذلك فهي تقوي جميع العضلات المسؤولة عن النمط الطبيعي للحركة في الوقت ذاته. كما أن هذه المقاومة تسبب إحساس ناضج بالحركة مما ينتج حركة دقيقة ذات تحكم.

(١٠) تضيف الأشرطة المطاطية الخاصة بالأطراف العلوية قوة شد تجاه الجذع فتقوي العضلات المسؤولة عن امتداد الأطراف العلوية، والوصول للأشياء المراد إمساكها

وبالتالي تحسن وظائف اليد. كما تقاوم الأشرطة المطاطية العضلات المسؤولة عن التنفس فتقويها وبالتالي تحسن النطق والكلام.

(٢) الجهاز العنكبوتي Spider



هو جهاز يستخدم لتقليل تأثير الجاذبية على الطفل وذلك بتعليقه بشدادات مطاطة. الجهاز العنكبوتي هو علاج في الفضاء. اول مخترع لهذا الجهاز هو "نورمان" Norman وكان ذلك في عام ١٩٩٣. إن هذا الجهاز يمكن طفل الشلل الدماغي من الحركة بدون خوف من السقوط ويقلل من قوة الجاذبية إلى الدرجة المطلوبة، وبالتالي تقليل وزنه. إن خفة وزن الجسم، عن طريق نظام الأربطة المطاطية والأحزمة الخاصة، تمكن الطفل المصاب بالشلل الدماغي من ممارسة التدريبات بالأمان والسهولة القصوى، الأمر الذي يمكننا من تعليمه النمط الطبيعي للحركة؛ بالإضافة إلى تقوية العضلات الخاصة بالنمط الحركي.

ويسهم الجهاز العنكبوتي في تعلم جميع أنواع الحركات الضخمة من تحكم في الرأس والجلوس والحبو و الوقوف على الركبتين و الوقوف بمفرده و تعليمه نقل وزن الجسم على كل من من الطرفين السفليين وأيضاً في المشي.



وتقوم فكرة عمل الجهاز العنكبوتي على أساس أنه:

- تربط أحزمة خاصة حول وسط الطفل يعلق بها الشدادات المطاطية.

- ❖ تقوم الشدادت بالعمل على العكس من معاكسة تأثير الجاذبية بحيث يشعر الطفل بأنه حر الحركة وتسمح للمعالج والطفل بأداء الحركات التي لا يمكن أدائها في الظروف العادية.
- ❖ يتيح الجهاز العنكبوتي المعلق مقدار كبير من الثقة بالنفس للطفل وإكسابه خبرة وتعليمه الأنماط الطبيعية للحركة وزيادة تحميل وزن الجسم على الأطراف السليمة مما يتيح نمواً أسرع للعظام وتقوية أكبر للعضلات وإكسابها مرونة ومنع قصرها وتشوهها.
- ❖ يركز الجهاز على تمارين الاتزان والتوافق العضلي العصبي، وكذلك الحركة الصحيحة للأطراف.

التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقات البصرية:

فيما يتعلق بأنواع الأدوات التقنية المساعدة لضعاف البصر، فهناك أدوات مختلفة ومنوعة تسمح بالإفادة القصوى من هذه البقايا البصرية، هذه الأدوات تتضمن المعينات البصرية مثل: العدسات الزجاجية والمكبرات والمناظير، وأدوات تكبير الطباعة، والدوائر التلفزيونية المغلقة والشاشات الحاسوبية الكبيرة، والتعديلات في أدوات أنشطة الحياة اليومية، التي تتضمن تطبيقات وأدوات تحكم مكبرة مثل الساعات وموازين الحرارة والهواتف والألعاب المطبوعة بلغة برايل.

أما بالنسبة للأشخاص المكفوفين فإن الأدوات التقنية المساعدة تتضمن أشرطة الكاسيت المسجلة، وأدوات تسجيل الأشرطة، وأنظمة تمييز الحروف، والأشكال البصرية مثل آلة كروزويل للقراءة ومحولات النصوص المطبوعة إلى كلام، ومعدات قراءة الألوان، وطابعات برايل المرتبطة بالحاسوب، كما يمكن مساعدة هؤلاء في عمليتي التنقل والتوجه من خلال العصي البيضاء أو عصا الليزر، ومن خلال أدوات التنقل والتوجه الالكترونية التي تستخدم الموجات فوق الصوتية وتكنولوجيا الليزر، وأدوات الوصف السمعي للأفلام والبرامج التلفازية.

وقد أتاحت التقنيات المساعدة للكفيف فرص التحكم الكامل ببرمجيات الحاسوب المتباينة والمنوعة، فقد أصبح المكفوف قادراً على فتح ملف جديد، وفتح ملف موجود، وحفظ الملف الموجود

بالاسم الذي يختاره، وإعطاء أمر الطباعة ومن ثم إغلاقه. وكذلك يمكن للمكفوف أن يعمل على تكبير الخط بالحجم الذي يراه مناسبًا ، وأن يختار نمط الكتابة بالأسود العريض أو بالعادي أو بالمائل، والكتابة بدون أسطر أو معها، أو أن يختار بين أنواع المحاذاة للنص. وكل هذا يتم من خلال استدعاء ملف صوتي يؤكد صحة الاستقبال، ولدى استقبال أوامر تحكم معينة يتم بعد التنفيذ استدعاء ملف صوتي يخبر المكفوف بنجاح أو عدم نجاح العملية المراد تنفيذها (الجراح والعجلوني،٢٠٠٥).

أخيرًا ، مهما يكن المخزون المعرفي معّززا لدى الكفيف بإمكانات ذهنية كبيرة، ومهما يكن مدفوعا بطاقة خلّاقة منبعثة عن إرادة مشغولة بالبحث عن واقع أفضل، فإن هذا كله لن يتيح لهذا الكفيف فرصة التقدم في التعامل مع التقنيات فهْما وابتكارًا واستثمارًا ، ما لم يُدَعّمْ ذلك كله ببرنامج وسيط من شأنه إزالة العقبات والعمل على كسر حدتها، وفتح المجال أمام المستخدم للإبحار بشكل أكثر انسيابية وأكثر إمتاعًا .

ومن جانب آخر تساعد الوسائل الصوتية الطلاب ذوي الإعاقات البصرية على التعلم من خلال الاستماع، ويمكن للطلاب على سبيل المثال الوصول للمعلومات المطبوعة من خلال الاستماع لأشرطة الكتب، والمجلات، والكتب المدرسية. وأحيانًا ما تقوم الشرائط باستخدام الكلام المضغوط ويتم في هذا النموذج تسريع الكلمة المنطوقة ولذلك يمكن استعراض قدر كبير من المعلومات في وقت أقل.

ويمكن أيضًا استخدام شرائط الكاسيت لتسجيل المحاضرات أو المذكرات الصفية وبذلك تكون المعلومات متاحة لوصول لاحق، وتشبه الآلة الحاسبة المتحدثة من حيث الشكل الآلة الحاسبة للجيب لكنها تعرض كل من العرض البصري أو المسموع، وتتحدث الآلة الحاسبة عندما يتم الضغط على المفتاح أو تكتمل العملية الحسابية.

وتقوم وسائل التكبير - من ناحية أخرى - بتكبير الصورة المرئية للطلاب ليتمكنوا من استخدام نظرهم المتبقي، وتشبه الوسائل التي تسمي بوسائل الرؤية الضعيفة التلسكوب الصغير أو النظارة المكبرة ويتم استخدامها لقراءة الكلام المطبوع أو النظر إلى المرئيات مثل الرسومات والخرائط.

ويتم كذلك استخدام نظم التليفزيون ذات الدوائر المغلقة لتكبير مواد القراءة، فيتم وضع الكتاب أو الورقة على سطح وتقوم كاميرا الفيديو بعرض الصور على جهاز عرض يبدو كشاشة تليفزيونية ويتم تكبير الخط إلى قصي درجة مطلوبة ويمكن للطالب ضبط حجم الخط وإضاءة العرض والتحكم في إظهار صورة سوداء على خلفية بيضاء او صورة بيضاء على خلفية سوداء.

ويتم تصميم الوسائل التي تقوم بتحويل الخط المكتوب إلى بعض نماذج التواصل للطلاب غير القادرين على استخدام الرؤية للقراءة، وتساعد معظم الوسائل في تحويل المادة المطبوعة إلى كلام مؤلف، ومع ذلك تقوم بعض الوسائل بتحويل الكلام إلى صورة ملموسة، فعلى سبيل المثال، يقوم عرض برايل المتحرك من Freedom scientific بتحويل المعلومات على شاشة الحاسب الآلي إلى عرض برايل ملموس.

نماذج للتقنيات التعليمية المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة البصرية:

من بين التقنيات التعليمية المساعدة التي يستخدمها الطلاب ذوي الإعاقة البصرية ما يلي:

(١) جهاز الثيرموفورم :

جهاز نسخ (تصوير) يستخدم في تشكيل ونسخ أوراق بلاستيكية بمواصفات خاصة ، ويتم وضع الورقة البلاستيكية فوق النموذج الأصلي ، ثم إدخالها في جهاز الثيرموفورم حيث يتم التشكيل بالحرارة والتفريغ ، ويتم إنتاج نسخة مماثلة للأصل (نص برايل ، خرائط لمسية ، رسوم بيانية بارزة، ....) ولهذا الجهاز اهمية كبيرة في تعليم المكفوفين ، حيث يتم بواسطته توفير الأعداد الكافية من النسخ التي تتناسب والتعلم الفردي لهذه الفئة.

(٢) جهاز فيرسا برايل : Versa Braille

يشبه هذا الجهاز طريقة عمل جهاز الكمبيوتر، ويتكون من لوحة تحتوي على ستة مفاتيح تناظر نقاط خلية برايل كل منها يتكون من عشرين خلية برايل، ويتكون كل منها

من مسامير صغيرة تتحرك إلى أعلى وإلى أسفل ، ويمكن للتلميذ الكفيف عن طريقها القيام بما يلي :



- ☒ تخزين الأعمال والواجبات على أشرطة يمكن توصيل آلة طابعة Printer توصل بالجهاز للحصول على نسخة مطبوعة بطريقتي برايل والطريقة العادية في الوقت نفسه.
- ☒ يقوم الجهاز بتحويل الكلام المسجل على القرص المرن إلى نقاط وخلايا برايل البارزة. ويستخدم مع برنامج ناطق مثل Braille- Edit (BEX) xpress.
- ☒ يقوم الجهاز بحذف و إضافة واستبدال الكلمات المختزنة فيه.
- ☒ يقوم الجهاز بتخزين وتبويب المعلومات وتنظيمها بطريقة برايل ويمكن استدعاء هذه المعلومات والتي سبق تخزينها عند الحاجة وفحصها بطريقة عرض لمسية سريعة دينامية (بطريقة برايل).
- ☒ يمكن توصيله بطابعة عادية أو طابعة برايل لتحويل النص المخزن من الكتابة العادية إلى كتابة برايل وعلى ورق برايل أو العكس تحويل الكتابة بطريقة برايل إلى الكتابة العادية أو كتابة الكلمات بالطريقة العادية فوق الكلمات بطريقة برايل حيث يستطيع قراءة النسخة نفسها كل من الكفيف والمبصر في آن واحد.

(٣) جهاز كرزويل للقراءة : Kurzweil Reading

تعد ماكينة كرزويل من التقنيات التربوية الحديثة التي يستخدمها المكفوفون في القراءة، إذ يقوم هذا الجهاز بتحويل المادة المكتوبة إلى مادة مسموعة بواسطة الكمبيوتر

والجهاز مزود بكاميرا يمكنها مسح خطوط الكتابة ضوئيا والتعرف على الكلمات من الذاكرة المبرمجة للكمبيوتر المصاحب.

حيث يوضع الكتاب المراد قراءته على كاميرا (آلة تصوير) خاصة بالجهاز فتقوم بتصوير ما هو مكتوب على الصفحات وتحوله للكمبيوتر الذي يقوم بدوره بقراءة محتويات الصفحة بصوت مسموع وذلك وفقا للقواعد اللغوية وقواعد التهجي المخزنة بذاكرته.



ويتوفر في هذا الجهاز عددًا من الإمكانات من أهمها : انه يقوم بقراءة الكتب والمواد المطبوعة بصوت اصطناعي مسموع وواضح. ويمكن التحكم في سرعة و درجة وضوح الصوت الصادر عنه. ويستطيع القارئ تحديد كلمة ما في صفحة معينة، والوصول إليها بسهولة. كما يمكن إعادة القراءة أو قراءة علامات الترقيم. يمكن للجهاز تهجئة الكلمة حرفًا حرفًا إذا لم يفهمها القارئ، ويطلب من الجهاز مساعدته على فهمها. وتلك الإمكانات تتيح للقارئ فرصًا جيدة للتعلم على أن يتدرب على طرق استخدام الجهاز تدريبًا كافيًا ، وخاصة الملحقات والمفاتيح والعمليات الخاصة بالجهاز حتى يتمكن الفرد من الاستفادة منه إلى أقصى درجة ممكنة.

(٤) جهاز برايل لايت : Braille Light

من الأجهزة المساعدة للكفيف وهو جهاز كمبيوتر شخصي صغير تقوم فكرته على تحويل المعلومات المختزنة إلى خلايا برايل حتى يتمكن الكفيف من قراءتها عن طريق اللمس.

وهو من الأجهزة الإلكترونية الحديثة التي صممت على نظام برايل ويتكون من ستة أو ثمانية مفاتيح ثلاثة أو أربعة في الجانب الأيمن من الجهاز والثلاثة أو الأربعة الأخرى في

الجانب الأيسر وبينهما مفتاح للمسافات والمساحات وتحت هذا المفتاح يوجد مفتاح أكثر عرضا ويختص بعرض المعلومات على مسطرة إلكترونية وهي تشبه مسطرة برايل وتتكون من مجموعة من الخلايا التي تعرض المعلومات المخزنة في ذاكرة الجهاز بحيث يتمكن الكفيف من قراءتها باللمس.

ولهذا الجهاز قدرة استيعابية كبيرة إذ يمكن لذاكرة الجهاز تخزين عدد كبير من الصفحات يتراوح ما بين ثلاثة إلى أربعة آلاف صفحة كما يشتمل الجهاز على عدد من التقنيات فيها إمكانية استخدامه كآلة حاسبة وكذلك يستخدم كمفكرة تقويم وفيه مصحح للكلمات التي يقرؤها الكفيف علاوة على انه صغير وخفيف ويسهل حمله إلى اي مكان وكذلك يقوم بنقل المعلومات المخزنة داخل ذاكرته إلى طابعة برايل بعد توصيله بها لتقوم الطابعة بكتابتها على الورق المخصص لذلك.


جهاز برايل لايت

نماذج للتقنيات التأهيلية المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة البصرية

يستخدم المكفوفون عدداً من الأدوات التي لا تستخدم منفردة ولكنها مصاحبة للعصا الطويلة ويعتمد الكفيف على حواسه في استخدامها وهي أدوات مساعدة تعمل على تسهيل عملية الحركة ومن اهمها :

(١) **المرشد الصوتي** Sonic Pathfinder :

هو عبارة عن جهاز من الأجهزة الإلكترونية يساعد الكفيف على الحركة واكتشاف المكان الذي يوجد فيه وذلك بتحديد العوائق والعقبات التي يمكن ان تواجه الكفيف والتي



تقع على بعد يتراوح ما بين ١٠- ١٢ قدما تقريبا ويستخدم المرشد الصوتي مصاحبا للعصا العادية ليعطي الكفيف أمانا وكفاءة اثناء عملية الحركة إذ يوفر له الحماية من العوائق التي تقع بين مستوى رأسه وركبته وكذلك العوائق الجانبية بزاوية مقدارها ٤٥ درجة يمين جسم الكفيف ويساره، وقد صممت هذه الأداة لتزود مستخدمها بمعلومات عن البيئة المحيطة به ومن ثم القدرة على إدراك تلك البيئة من خلال حاسة السمع، وهذا الجهاز يعطي ثلاثة أنواع من المعلومات تتعلق أولاها بتقدير المسافة أما الثانية بتحديد الاتجاه والثالثة بتحديد الأشياء المعيقة، ويحتاج الفرد الكفيف إلى تدريب مناسب على استخدام هذا الجهاز حتى يستفيد من مزاياه إلا أن لهذا الجهاز بعض العيوب تتمثل في أنه لا يمكنه توفير معلومات عن وجود عوائق أسفل مستوى ركبة الكفيف كالحفر او السلالم أو المنحدرات او اية عقبات اخرى، كما أن هذا الجهاز يفقد حساسيته في الحالات غير العادية عند هطول الأمطار مثلا أو هبوب الرياح لذا فيجب استخدامه مصاحبا للعصا الطويلة كما سبقت الإشارة إلى ذلك.

(٢) جهاز موات MOWAT Sensor :

وهو جهاز صغير وخفيف يحمله الكفيف بيده يعتمد على التردد العالي لتحديد الأشياء ضمن حزمة صوتية ضيقة، حيث يصدر الجهاز الحساس بأكمله اهتزازًا عندما يعترضه جسم ما. ولتجنب التشويش، يتجاوب الحساس فقط مع اقرب الأجسام دخل الحزمة ويرتفع معدل الاهتزاز مع اقتراب المستخدم من الجسم وقد صمم للاستخدام مع العصا



الطويلة وذلك لتحديد العلامات البارزة في المقاعد أو المواقف أو الأبواب وغيرها وتستخدم هذه الأداة لتطوير المفاهيم لدى الطفل الكفيف كما يساعد الكبار من ضعاف البصر ويوجه الجهاز الفرد الذي يستخدمه إلى وجود حواجز تعترض طريقه في مجال محدود وعندئذ تحدث ذبذبات تعتمد في قوتها على المسافة بين الفرد وبين تلك الحواجز وكذلك عند الكشف عن الأشياء التي يمكن أن تسقط من يد الكفيف وتبدو فائدة هذا الجهاز في مواقع العمل عندما يكون الكفيف عرضة للخطر من جراء لمس بعض الأجهزة فيقوم الجهاز بتحذيره إلى هذا الخطر

(٣) نظام التحديد الجغرافي العالمي GPS Technology



إن جهاز GPS عبارة عن جهاز للتجوال يعرض المعلومات الجغرافية وشاشة برايل ويطلق عليه "برايل نوت" وهي شاشة Braille Note محمولة وصغيرة الحجم. تدخل المعلومات باستخدام لوحة مفاتيح وتسترجع بشاشة عرض برايل أو استجابة صوتية. ويستطيع الشخص المعاق بصريًا أن يدخل البيانات الجغرافية في جهاز (برايل نوت) وتبث في جهاز GPS ويتلقى الجهاز البيانات ويرسل الاستجابة مرة أخرى إلى (برايل نوت). ثم يستعيد الشخص المعاق بصريًا المعلومات.

خصائص الجهاز: تشكيل الطرق: يستطيع المستخدم أن يحدد الطرق من المنزل إلى العمل ومن المدرسة إلى المكتبة.

(١) *تشغيل الطرق:* يستطيع المستخدم أن يفتح ملف للطرق ويتتبعها للمقصد المراد ثم يوصله لعكس الطريق لأخذ المستخدم مرة أخرى إلى نقطة بدء الطريق.

(٢) *نقاط الاهتمام:* يحتوي هذا الجهاز على ٧٠,٠٠٠ نقطة اهتمام مخزنة من قبل المصنع ومن اي موقع في العالم سوف يعلن الجهاز عن هذه النقاط في المناطق المحيطة بما في ذلك نقاط الاهتمام الشخصية التي قد يضيفها المستخدم، ويمكن أن تشمل نقاط الاهتمام اي مطاعم او مصارف أو أجهزة للصراف الآلي والكثير من الأشياء الأخرى.

(٣) *بطاقة الخريطة:* عادة ما يعطي جهاز GPS خطوط الطول والعرض من موقع ثابت بالأقمار الاصطناعية وبطاقة الخريطة تحل محل ذلك والتي تعرض اسم الشارع الفعلي الذي يوجد فيه المستخدم وليس مجرد وصف لخطوط الطول وخطوط العرض.

ولا يعتبر (برايل نوت) وجهاز GPS بديلاً عن الكلب المرشد أو العصا الطويلة Long cane ويحسن هذا الجهاز من ثقة المستخدم في الانتقال باستقلالية عن طريق تزويد المستخدم بوصف أكثر دقة عن المنطقة التي يوجد فيها .

التقنيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة السمعية:

تساعد التقنيات المساعدة الطلاب ذوي إعاقات السمع في التواصل ببعضهم البعض، وبالأشخاص في عالم السمع، وقد أصبحت معينات السمع أصغر وأكثر انتشارًا نتيجة للترانزستور والدوائر المطبوعة، وتوجد اربعة انواع أساسية لمعينات السمع:

الأول: معينات الجيب (وهي في حجم الآلة الحاسبة تقريبًا ويتم ربطها بالجسم أو يمكن حملها في الجيب وتصل بسلك مربوط على جزء من الأذن).

الثاني: المعينات خلف الأذن والتي تعلق على الأذن.

الثالث: معينات نظارة العين.

الرابع: معينات داخل قناة الأذن كلها.

وتستخدم كل هذه المعينات قالب الأذن جزء بلاستيكي للأذن يتم تركيبها لكي تناسب الفرد، وتحتوي المعينات في كل الأذن على كل المكونات الالكترونية داخل جزء من الأذن ويساعد قالب الأذن في الأنواع الأخرى من معينات السمع في توجيه الصوت المضخم في الأذن.

وقد اصبحت زراعة قوقعة الأذن أكثر شيوعًا لبعض الأفراد ذوي فقدان السمع الشديد. وهي تتكون من ميكروفون خارجي دقيق جدًا، ومعالج إشاري الكتروني، وناقل يتصل بالمستقبل الذي تمت زراعته في عظم خلف الأذن تحت الجلد مباشرة، ويتم نقل الإشارات الكهربائية من المستقبل إلى العصب السمعي السليم في الأذن الداخلية ويتجاوز ذلك قوقعة الأذن التالفة او عضو الحس، ويقوم هذا النظام بتحويل الأصوات على إشارات كهربية تنتقل إلى المخ لتفسيرها (Lowenbraun & Thompson, 1986) وبالرغم من عدم ملاءمة هذا الاختيار لكل الأفراد، إلا انه يعد الخيار الأفضل لكثير من الأشخاص ذوي فقدان السمع الشديد وخاصة البالغين الذين فقدوا سمعهم خلال مدة عامين أو ثلاثة أعوام، ومع ذلك، تعرضت زراعة قوقعة الأذن إلى جدل كبير (D'Antonio, 1883)، فقد اعترض ممثلو جماعة الصم على استخدام زراعة قوقعة الأذن كطريقة "لعلاج" الصمم خاصة للأطفال الذين لم يبلغوا العمر الكافي ليقرروا لأنفسهم إذا ما كانوا يرغبون في الانتماء لثقافة الصم او ثقافة السامعين.

وتسمح وسائل التواصل اللاسلكي للأفراد الصم أو الآخرين غير الناطقين بالتواصل عبر الهاتف، وتشبه هذه الوسائل الحاسب الآلي أو الآلة الكاتبة المحمولة، ويقوم الفرد بكتابة رسالة على لوحة المفاتيح وينظر إلى العرض المرئي للأحرف الهجائية وقد كان لوسائل التواصل اللاسلكي للصم طابعة أيضا وكذلك يمكن إجراء تسجيل للمحادثة الهاتفية، ويتطلب القانون الأمريكي لذوي الإعاقة أن تعرض كل الشركات التي تقدم خدمات الهاتف خدمات بث تشجع مستخدمي وسائل التواصل اللاسلكي والسامعين بالتواصل ويقوم مشغل البث بدور المترجم، فعندما يتحدث الشخص السامع، يكتب موظف الاستعلامات الرسالة

لمستخدم التواصل اللاسلكي للصم، وعندها يقوم مستخدم التواصل اللاسلكي الأصم بكتابة الإجابة، ويقراها المشغل بصوت مرتفع، وتقوم الوسائل المساعدة الأفراد ذوي صعوبة السمع بتكبير صوت محادثات الهاتف من خلال سماعة اذن للهاتف .

ويسمع التعليق المكتوب للطلاب ذوي إعاقات السمع بالاستمتاع ببرامج التليفزيون المجدولة بطريقة منتظمة، ويتم ترميز التعليقات المكتوبة والترقيم والتي يتم بثها عبر إشارة تليفونية بواسطة وسيلة خاصة ويتم بعد ذلك عرضها على الشاشة،ويطالب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة ببيع كل أنواع التلفاز في الولايات المتحدة، والتي تحتوي على وسائل ترميزية، وتعرض الأفلام ذات التعليق المفتوح البرامج التليفزيونية مصحوبة بستعليقات مرئية لكل المشاهدين ولا تتطلب أخصائي ترميزه وتتضمن الأنواع الأخرى للوسائل المساعدة:

- نظم التبادل المرئي للهاتف، وجرس الباب، والمنبه، وتحذير الحرائق، ومكتشف الدخان (وتستخدم هذه النظم الأضواء اللامعة لجذب الانتباه).
- نظم تكبير الصوت في الصف، والسينما، والمسارح، وقاعة الاستماع والتسهيلات العامة الأخرى لاستخدامها مع معينات السمع أو بدون استخدامها معها.
- الوسائل الملموسة أو الاهتزازية لعلاج الكلام، ونظم التنبيه ونظم الأوراق.

نماذج للتقنيات التعليمية المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة السمعية

(١) نظم الواقع الافتراضي لتعليم المهارات للتلاميذ الصم:

تكنولوجيا الواقع الافتراضي Virtual Reality او اختصاراً (VR) تجعل بإمكان المستخدم التوغل بشكل كتفاعل داخل محيط ثلاثي الأبعاد (3D) شبيه بالواقع. المشاهد في ذلك المحيط هي عبارة عن صور معروضة بواسطة جهاز كمبيوتر متطور ، وحتى يستطيع المستخدم التفاعل مع تلك المشاهد فإنه بحاجة إلى لبس أدوات خاصة يضعها على رأسه تحتوي على عدسات للرؤية إضافة إلى قفازات لليدين . نظام الواقع الافتراضي يمكنه تحسس حركة رأس وجسد المستخدم من خلال أسلاك موصلة بالأدوات ، وعندما يقوم ذلك المستخدم بتحريك رأسه او جسده فإن اجهزة الاستشعار (SENSORS)) تقوم بإرسال إشارات إلى



الكمبيوتر والذي يستجيب بدوره لذلك بتعديل المشهد والذي قد يكون عبارة عن شارع متعرج يسير فيه المستخدم وكأنه يسير في شارع حقيقي يمكنه فيه الانعطاف يمينًا ويسارًا والتجول ببصره في كافة الاتجاهات. ففي جامعة نورث كارولاينا الأمريكية تم تطوير برنامج واقع افتراضي يتيح لمستخدمه التجول داخل متحف للفنون بحيث إذا أدار رأسه يمينًا فإنه يرى الصور المعروضة على جدار المتحف الأيمن وإذا التفت يسارًا شاهد الصور المعروضة على الجدار الأيسر، ورغم أن المستخدم يجلس على مقعده إلا انه يشعر انه يسير متى أراد ويقف متى أراد ويرجع للخلف وينظر في كافة الاتجاهات (Capron, 1995, p.350) .

وجدير بالذكر أن تكنولوجيا الواقع الافتراضي والتي تعرف أيضًا بالواقع الاصطناعي (Artificial Reality) ليست مجرد أداة لألعاب الخيال العلمي ولكنها جزء سريع النمو من صناعة الإعلام الأمريكية لها معارضها وصحفها ومؤتمراتها كما انها تعتبر تخصصًا في حد ذاتها ومهنة تسمى مهنة الواقع الافتراضي. هذه التقنيات لم يقتصر استخدامها على مجال واحد أو مجالات محددة ولكنها تستخدم في العديد من المجالات .

وقد استخدمت تكنولوجيا الواقع الافتراضي في مجال تعليم الصم. وهي تستخدم الآن في مدرسة ابتدائية في ولاية فلوريدا لتقوية المهارات الأكاديمية للطلبة ذوي الإعاقة السمعية. وتقول باتي سكوفيلد وهي معلمة في دائرة الاتصالات في مدرسة ليك سيبليا:" إن هناك شعورا بالخيبة لدى الكثيرين من التلاميذ اثناء حضورهم الصفوف الدراسية، إذ إن على الطالب الأصم أن يتطلع الى المعلم دائما، وفي اللحظة التي يزيح نظره فانه يفقد التركيز". قبل عدة سنوات خطر للمعلمة سكوفيلد ان نظم الواقع الافتراضي قد توفر حلاً . واخذت في وضع

اسس للتعاون بين المعلمين والشركات التي تتعاقد مع مؤسسات الدفاع، والحكومة. وقامت شركة «فيريديان» في اورلاندو، بتحويل نظم المحاكاة القائمة على تقنيات الواقع الافتراضي والتي طورتها أصلا للجيش والبحرية، إلى أداة تعليمية داخل الصفوف. وحصل المشروع على تمويل ٩١٥ الف دولار من دائرة التعليم تحت رعاية جامعة فلوريدا.

ومنذ نوفمبر عام ٢٠٠٠ اصبح لدى تلك المدرسة مختبر يمكن للطلبة فيه أن يتعلموا مهارات حياتية بالإضافة لمواد مثل الرياضيات والقراءة. ويحتوي الكومبيوتر على مقابض وشاشات حادة الصورة عوضا عن المنظار الذي يستخدم عادة في أجهزة الواقع الافتراضي. ويقوم الطلاب بالتحرك «داخل» نظم الواقع الافتراضي، من خلال مدينة كاملة تضم منطقة تسوق وملعب بيسبول ومدرسة ومزرعة. ويسألهم سكان المدينة أسئلة تتعلق بالموضوع الذي يعملون به سواء إن كان غريبا يقترب منهم، أو كان مشاركا في تدريب لحالة حريق، أو مشتريا لوجبة طعام.

(٢) برنامج حاسوب يحول اللغة إلى لغة الإشارة:

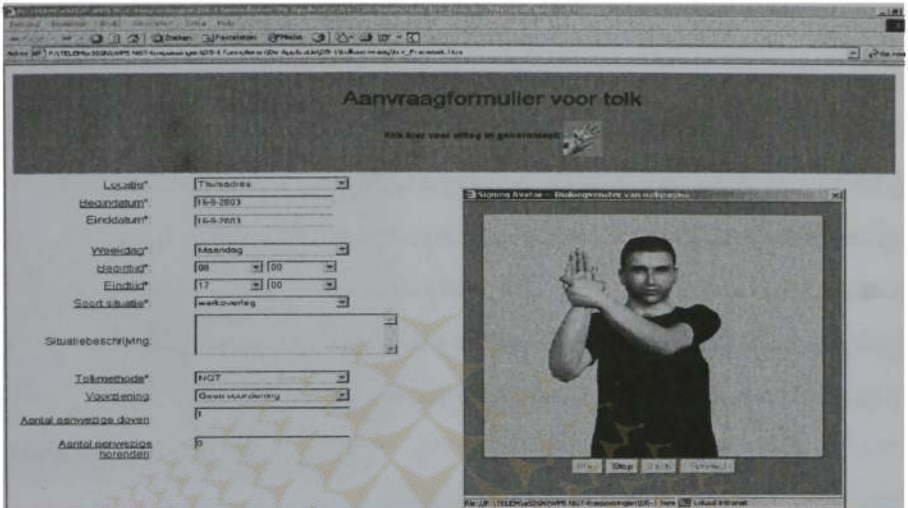
تمكن طلاب يعملون لدى شركة IBM من تحويل اللغة المكتوبة والمحكية إلى لغة الإشارات وسيساعد هذا النظام الصم والبكم على فهم ما يجري في الاجتماعات بشكل فوري .



ويقوم البرنامج بتوجيه شخصية رقمية بفعل تعرفه على الكلام المحكي أو المكتوب، وجدير بالذكر ان هذا النظام الجديد سيساعد على حل مشكلة "المترجمين" في حال عدم توفرهم .

وقد حاز المفهوم الجديد على موافقة " المعهد الوطني الملكي للصم The Royal National Institute for Deaf People (RNID) في بريطانيا،

وقال جيدو جيبيلز مدير المعهد لشؤون التقنيات الجديدة : "إن معهدنا يرحب بأيٍ تقنية جديدة كفيلة بجعل الصم يستفيدون من تكنولوجيا المعلومات" .



ولكن لا يزال الوقت طويلاً أمام تحويل هذا الاختراع إلى جهاز يستخدم في الحياة اليومية .

وقد استخدم الطلاب نموذجين لشخص رقمي طورتهما جامعة ايست أنجليا University of East Anglia، ويستخدم احدهما نظام الإشارات البريطانية اما الآخر فيستخدم اللغة الإنجليزية المدعومة بالإشارات .

ويمكن استخدام هذا البرنامج أيضًا لعمل ترجمة أوتوماتيكية للبرامج التلفزيونية وبرامج الراديو وحتى المكالمات الهاتفية .

نماذج للتقنيات التأهيلية المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة السمعية:

تعتبر التقنيات التأهيليةالمساعدة إحدى المساعدات التكنولوجية التي تساعد ضعاف السمع والصم أيضا على استعادة بعض وظائف السمع من خلال توفير وسائط بديلة للتواصل مع الآخرين أو ممارسة انشطة الحياة اليومية (Bahmann , 2003).

وهذه الأدوات هي عبارة عن السماعات الطبية التي تساعد ثقيلي السمع على استغلال أفضل البقايا السمعية. والتي تعمل على تضخيم الأصوات لتسمح للشخص سماعها بشكل أسهل وضمن المدى الطبيعي، بالشكل الذي يساعد ثقيلي السمع على الاستفادة وحضور برامج التعليم العام. إلا ان استخدام السماعات الطبية لا يعني شفاء الفرد من الإعاقة السمعية ولكنها تساعد على استغلال البقايا السمعية لديهم.

وتستخدم السماعات الطبية على نطاق واسع مع الأفراد الذين يعانون من فقدان سمعي حس _ عصبي، على خلاف الأفراد الذين يعانون من فقدان سمعي توصيلي والذين غالبا ما يعالجون طبيًا أو جراحيًا بشكل ناجح. كما تستخدم السماعات الطبية بشكل فعال في البيئات الهادئة، حيث يكون الكلام هو الصوت المسيطر في البيئة، وتختلف السماعات الطبية في التصميم والحجم ومقدار التضخم وسهولة التعامل وحجم الضبط وعلى الرغم من هذه الاختلافات إلا أن لها عناصر متشابهة وتشتمل هذه العناصر على:

- ☒ ميكروفون لالتقاط الأصوات.
- ☒ مضخم لتضخيم الصوت.
- ☒ مستقبل لنقل الصوت المضخم إلى داخل الأذن.
- ☒ بطاريات لتزويد الأجزاء الكهربائية بالطاقة

بالإضافة إلى ان بعض السماعات الطبية لها قوالب أذن لتوجيه الصوت إلى الأذن وتقوية نوعية الصوت. واعتمادا على الحاجة إلى الاستماع ونوع الفقدان السمعي بأسلوب الحياة، فإن الأخصائي السمعي ينصح بالسماعة الطبية المناسبة المحققة لحاجات التواصل (الزريقات، ٢٠٠٣).

وهناك ثلاثة انواع للمعينات السمعية أو بالأحرى هناك ثلاثة تقنيات للمعينات السمعية هي:

الأولى: المعينات السمعية العادية Analog: تساعد على تكبير الأصوات بحيث تجعل الحوار في الأماكن الهادئة مسموعًا بشكل افضل ولا تحتوي على أي ميزات تقنية (برامج – قنوات سمعية – تنقية للأصوات) تناسب الأشخاص الذين لديهم نمط حياة هادئ.

الثانية: المعينات السمعية المبرمجة Programmable: تساعد على فهم الكلام بشدا افضل في الهدوء والضجيج وهي برامج سمع متعددة لا تحتوي على قنوات سمعية – تنقية الأصوات جيدة إلى حد ما تناسب الأشخاص الذين يجدون انفسهم في أجواء مختلفة و الذين يرتبطون بأنشطة اجتماعية

المعينات السمعية الرقمية Digital: تساعد على فهم الكلام في جميع الأجواء حتى الصاخبة منهاخصائص أوتوماتيكية تحتوي على ميزات تقنية متعددة (قنوات سمعية – برامج تلقائية – تصفية للصوت أفضل – برامج لخفض الضجيج) تناسب الأشخاص الذين لديهم أسلوب حياة عملي، والذين يعتمدون في حياتهم اليومية على اتخاذ القرارات المهمة،للسمع والتواصل بفعالية .

نماذج للتقنيات المساعدة للطلاب ذوي اضطرابات اللغة والكلام:

للتقنيات المساعدة وظائف وأدوار مع الطلاب ذوي مشكلات التواصل، وهناك العديد من البرامج في هذا الصدد، ومن بين البرامج المدمجة ما تعرضه مؤسسه اللوتس العلمية والتاهيلية من برامج على الكمبيوتر في مجال التخاطب:

(١) برنامج تقييم وتدريب أعضاء النطق والعمليات الوظيفية:

فكرة البرنامج : إنشاء برنامج على الكمبيوتر كأداة سهلة لتقييم نطق الأصوات اللغوية.

أهمية البرنامج : يحتاج تأهيل اخصائيين التخاطب إلى توفير منهجية علمية معتمدة على الكمبيوتر والملتيميديا لتقييم نطق الأصوات اللغوية عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأسوياء على السواء، واستخراج التقارير ووضع خطة للتدريبات المناسبة، ومعرفة أخطاء النطق الشائعة وأسلوب التأهيل الملائم لها، وبهذا يوفر البرنامج أداة سهلة تعتمد على المنهجية العلمية والملتيميديا في يد اخصائي التخاطب لتقييم نطق الأصوات اللغوية وأساليب التأهيل.

الهدف العلمي للبرنامج :

توفير المادة العلمية لتقييم نطق الأصوات اللغوية العربية لتحقق مستوى من المنهجية العلمية وذلك بتوحيد استخدام الصور والألفاظ وتوحيد أسلوب التقييم واستخراج التقارير.



الاستفادة العملية من البرنامج:

(١) وضوح الصور للطالب لكي ينطقها وتوفير نطقها .

(٢) استثارة الطالب وتشويقه للتفاعل مع البرنامج .

(٣) توفير جهد الأخصائي أثناء الجلسة .

(٤) استخراج تقارير مشكلات نطق الأصوات آليًا .

(٥) تصحيح أخطاء النطق الشائعة وأساليب التأهيل المناسبة.

(٦) يستخدم مع الحالات التي تعاني من أخطاء في النطق مثل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من مشكلات في النطق والأشخاص الأسوياء الذين يعانون من خنف أو لدغة أو حبسه كلامية.

محتوى البرنامج :

(١) تقييم الصوت في كلمة: بتوفير صور لأصوات اللغة العربية (٢٨) صوتًا في أول الكلمة ووسط الكلمة وآخر الكلمة.

(٢) تقييم الكلام التلقائي: بتوفير صور ويطلب من الطفل التحدث عن الصورة بتلقائية.

(٣) استخراج أربع تقارير مفصلة عن: (مشكلات نطق الأصوات اللغوية ، و مشكلات الأصوات اللغوية في الكلام التلقائي، و المقاطع المحذوفة من الكلمة، والنسبة المئوية للأخطاء بمجموعات الأصوات) .

(٢) برنامج تسمية كلمات المجموعات الضمنية (دنيا الكلمات)

فكرة البرنامج : إعداد برنامج على الكمبيوتر كأداة سهلة لتنمية الحصيلة اللغوية لدى الطفل في مرحلة الكلمة الواحدة من خلال تصنيف الكلمات في مجموعات ضمنية .



أهمية البرنامج : يحتاج أخصائيو التخاطب في تأهيلهم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى صور للمجموعات الضمنية لتنمية مرحلة الكلمة الواحدة وتكمن أهمية توفير هذه الصور في برامج الكمبيوتر إلى تحسين العملية التعليمية ورفع مستوى أداء الأخصائي.

الهدف العلمي للبرنامج :

(١) تنمية الحصيلة اللغوية للأطفال المتأخرين لغوياً .

(٢) تنمية اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية للأطفال .

(٣) تنمية مرحلة الكلمة.

الاستفادة العملية من البرنامج:

(١) زيادة الحصيلة اللغوية للطفل.

(٢) تعليم الطفل النطق الصحيح.

(٣) تعليم الطفل التصنيف المنطقي للأشياء.

(٤) تعليم الطفل لهجات مختلفة (الفصحى – العامية).

(٥) إمكانية تسجيل صوت الطفل وإعادة سماعه .

محتوى البرنامج :

(١) توفير (١٢٠٠) كلمة مصنفة في(٧) مجموعات أساسية، يندرج منها(٧٢) مجموعة فرعية، حيث يتم نطق كل كلمة نطقاً صحيحاً بواسطة أخصائي مع صور طبيعية جذابة.

(٢) الاعتماد على الوسائل السمعية والبصرية وأساليب التربية الحديثة المشوقة والجذابة.

(٣) إمكانية البحث عن الكلمة في مجموعتها الأساسية، أو كقاموس أبجدي.

(٤) إمكانية إضافة صور وكلمات جديدة للبرنامج.

(٥) فتح ملف صوتي للطفل يسجل عليه جميع التدريبات الخاصة به.

(٦) إمكانية اختيار مستوى الصعوبة للتدريبات.

(٧) متوفر نسخة لنفس البرنامج للتدريب على اللغات (الانجليزية – الفرنسية) بصوت امريكي وآخر فرنسي).

(٣) برنامج التمييز السمعي (دنيا الأصوات)



فكرة البرنامج : إعداد برنامج على الكمبيوتر كأداة سهلة لتقييم وتدريب مهارة التمييز السمعي عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة معتمدة على المنهجية العلمية والملتيميديا.

أهمية البرنامج : إن المكتبة العربية في حاجة إلى برنامج كمبيوتر يعتمد على المنهجية العلمية لتقييم مهارة التمييز السمعي، واستخراج التقارير، ووضع خطط التدريب الفردي

والجماعي ليكون هذا البرنامج أداة سهلة في يد أخصائي التخاطب وولى أمر الطفل لتدريب أبنائهم بها.

الهدف العلمي للبرنامج : إكساب الطفل مجموعة من الأصوات في البيئة المحيطة به وتوظيفها لتنمية مهارات التعرف السمعي، التمييز السمعي، التعميم السمعي، الذاكرة السمعية.

الاستفادة العملية من البرنامج:

(١) تنمية مرحلة ما قبل اللغة عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

(٢) تنمية مرحلة ما قبل اللغة عند الأطفال الذين أجروا عملية زراعة قوقعة.

(٣) يوفر البرنامج خمسة تدريبات بثلاث لغات (A- E -F) لتنمية مهارات التمييز السمعي، ويتميز البرنامج بعزل المشتتات السمعية والبصرية أثناء التعليم وتقديم المثير التعليمي في صورة واضحة تتناسب مع خصائص نمو الطفل في هذه المرحلة.

محتوى البرنامج :

(١) يحتوي البرنامج التدريبي على مجموعة ضخمة من الأصوات تم تصنيفها (في سبع مجموعات) هي: الحيوانات، انفعالات الإنسان، المواصلات، الطبيعة، آلات وعِدد، أصوات داخل المنزل، أصوات منوعة .

(٢) ويحتوي البرنامج على أسلوبين للتقييم إحداهما بالصوت فقط والآخر بالصوت والصورة.

(٣) يحتوى البرنامج على لعبة (بازل) لكل ما تعلمه الطفل في البرنامج مقسم إلى مستويين المستوي الأول بازل من قطعتين والمستوي الثاني بازل من أربع قطع .

(٤) يتعلم الطفل من البازل الإدراك البصري وصوت واسم الشئ الموجود بالصورة.

خدمات التغذية المدرسية



- أهمية التغذية المدرسية.
- أدوار أخصائي التغذية.
- تغذية ذوي الإعاقات .
- التغذيـــة والمـــشكلات الـــصحية والأمراض المزمنة.
- مشكلات التغذية لدى ذوي الإعاقات.
- العوامل المؤثرة على تنـاول الطعام عند المعاقين.

الفصل العاشر

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) التعرف على أهمية التغذية الصحية للطفل ذو الإعاقة.

(٢) تحديد الأدوار التي يقوم بها أخصائي التغذية المدرسية.

(٣) فهم الدور التنسيقي بين الطبيب المعالج وأخصائي التغذية.

(٤) تحديد مشكلات التغذية لدى ذوي الإعاقات.

(٥) التعرف على نوع التغذية المرتبط بأمراض وإعاقات محددة.

(٦) التعرف على العوامل المؤثرة على تناول الطعام عند المعاقين.

(٧) تحديد أهم مشكلات التغذية التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقات وسبل التقييم وأهم الأساليب العلاجية.

الفصل العاشر
خدمات التغذية المدرسية
School Feeding services

مُقَدِّمَة

من الجدير بالذكر أن خدمات التغذية المدرسية ليست من الخدمات المساندة المدرجة على المستوى الفيدرالي من قبل وزارة الزراعة بالولايات المتحدة United States Department of Agriculture (USDA). ومع ذلك فإن الوزارة تسدد للمدارس تكلفة كل وجبة، بمعدلات تختلف وفقا لدخل الأسرة. فبعض الأطفال قد يتلقوا وجبات مجانية أو بسعر مخفض إذا كانت أسرهم من ذوي الدخل المحدود.

ولكي يكون الطالب مؤهلاً للحصول على الوجبات الخاصة أن يقدم تقريرًا موقعًا من الطبيب. ويتضمن ذلك التقرير ما يلي : ما يفيد إعاقة الطالب، وكيف تؤثر إعاقته على حاجة الطالب لنظام غذائي خاص. [٧ CFR Section ٢١٠.١٠(i)(١) and ٧ CFR Section ٢٢٠.٨(f)]. تعديلات على وجبات الطعام ويمكن أن تشمل تغيير مادة من المواد الغذائية ، وتعديل السعرات الحرارية ، والاستعاضة عن الأطعمة المختلفة لتلك المدرجة في القائمة في المدارس.

وبالتالي فإن الآباء بحاجة إلى إدراك أنهم هم المسئولين عن :

(أ) طلب إدخال تعديلات على وجبات الطعام أطفالهم، إذا اقتضى الأمر .

(ب) تزويد إدارة المدرسة بشهادة طبية تثبت حاجة طفلهما لنظام غذائي خاص.

وتمثل التغذية المدرسية العمود الفقري لعلاج العديد من الأمراض المزمنة غير المعدية مثل السمنة ومرض السكري وارتفاع معدل الكولسترول بالدم وارتفاع ضغط الدم وأمراض اضطراب التمثيل الغذائي مثل عدم تحمل اللاكتوز، وكذلك الأشخاص المصابين بإعاقات تحتاج لتغذية من نوع خاص أو باستخدام أدوات خاصة؛ لذا يجب أن تتكامل الرؤى والاستراتيجيات بين الطبيب المعالج و أخصائي التغذية لتفادي الازدواجية في العمل. وغالبًا يكون دور الطبيب التوعية وتحديد كمية المغذيات حسب الحالة الصحية للطفل ذي الإعاقة

بما فيها نتائج الفحوصات المخبرية وعلى ضوئها يقوم أخصائي التغذية بتعديل النظام الغذائي لتناسب حالة الطالب ذوي الإعاقات بالتنسيق مع الطبيب المعالج. وهنالك أمراض أخرى مثل الحميات والالتهابات والأمراض النفسية يكون دور الطبيب هو الأهم إذ إن الحمية الغذائية في غالبية هذه الحالات لا تحتاج لتغيير مستمر في نوعية وكمية الغذاء المتناول.

ولاشك في أن مسألة التغذية عموما باتت من المسائل المهمة في المجتمع، فهناك اليوم . وعي اجتماعي بأهمية التغذية وتأثيرها الكبير في صحة الإنسان، فأنواع الغذاء وتشكيلاته اليوم أكبر من أن تحصى، وصارت المواد الغذائية المصنعة والمضاف إليها الكثير من المواد الكيماوية والمحسنات والألوان والنكهات هي الأكثر من ناحية الوفرة والطلب والإغراء. ونتيجة للثقافة الغذائية الخاطئة ابتلي كثير من الشعوب بأمراض ومشكلات صحية وكلها ثبت علميا أن التغذية غير الصحية هي المسؤولة عنها، فهناك اليوم في العالم ما يقارب ٢٥٠ مليون شخص مصاب بالسكري من النوع الثاني، وهناك ما يقارب مليار إنسان مصاب بمرض ضغط الدم ويموت منهم سنويا بشكل مبكر ما يقارب من ثمانية ملايين إنسان، وهذه الأمراض وغيرها في الإمكان تجنبها والتخفيف من آثارها بتعديل النظام الغذائي عند الإنسان. وإذا كانت التغذية السليمة مطلوبة لكل إنسان فهي مسألة شديدة الأهمية للطفل والشاب، فالإنسان في هذه المرحلتين العمريتين - أعني الطفولة - والشباب في حاجة إلى الغذاء الصحي المتوازن لبناء جسمه بشكل صحي، وأيضا فإن إتاحة الغذاء الصحي له في هذا العمر تعني له التعود عليه، وهذا يعطيه وقاية وحماية من الإصابة بأمراض السمنة أو سوء التغذية. وبما أن المدرسة مؤسسة تربوية واجتماعية لها ثقلها في تشكيل حياة الإنسان، وبالتالي فلا بد من الاهتمام بما تقدمه المدرسة من الغذاء كما ونوعا وطريقة لطلابها. هنالك مع



الأسف إغفال لهذا الجانب تحت مبرر أن الوجبة المدرسية ليست وجبة رئيسة وإنما هي وجبة ثانوية، وتبقى المسألة على الأسرة من حيث الاهتمام بشؤون تغذية أبنائهم. وهذا الكلام مردود عليه أولا بأن أي غذاء يقدم للإنسان مهم وأن الفترة الزمنية التي يقضيها الطالب أو الطالبة في المدرسة ليست بالقصيرة وبالتأكيد سيكون الطالب في حاجة إلى وجبة غذائية هذا إذا افترضنا أن الطالب تناول وجبة الإفطار، وكل هذا يجعلها وجبة مهمة وليست ثانوية. وأخيرا، إن من الواجبات التربوية للمدرسة تعويد الطالب على الغذاء الصحي، وبالتالي فعدم الاهتمام بهذا الشأن تفويت لفرصة مهمة في حياة أبنائنا الطلاب.

والتغذية المدرسية التي يجب أن يراعى فيها كثير من الجوانب الغذائية والصحية هي اليوم محل اهتمام كبير في مختلف دول العالم، بل حتى المنظمات الدولية ذات العلاقة بالشأن التربوي والصحي للأطفال صارت تهتم بالأمر وتعقد المؤتمرات والندوات لتطوير الوعي الثقافي بأهمية هذه القضية. وهناك عدة أمور هي الآن محل الاهتمام والمناقشة في مسألة التغذية المدرسية. فأولا يجب أن نجنب أبناءنا الأغذية الغنية بالمواد السكرية والدهون والإضافات الصناعية لأن وجود هذه الأشياء في الطعام وتعود الطالب عليها سيسببان له كثيرا من المشكلات الصحية في المستقبل. فالتعود على هذا النوع من الغذاء هو السبب في انتشار السمنة عند الأطفال والأطباء ما انفكوا يحذروننا من أن السمنة في هذه المرحلة العمرية هي أخطر من السمنة المتأخرة. ومنطقة الخليج عموما هي من أكثر مناطق العالم إصابة بمرضي السكري والضغط، والأطباء والمؤسسات الصحية يشيرون إلى أن السبب هو كثرة المواد السكرية والدهون في وجباتنا الغذائية، وبالتالي فمن الضروري إصلاح وجباتنا الغذائية، ولتكن التغذية المدرسية جزءًا مهمًا في هذا المشروع. ولا ننسى مشكلة تسوس الأسنان عند الأطفال، وهي اليوم وصلت أيضا إلى مستويات عالية جدا، فأطفالنا عموما يستهلكون كثيرا من الحلوى والمشروبات الغازية، وعلينا أن نتيح لهم خيارات أخرى تجنبهم هذا الاستهلاك المفرط لها والاستعاضة عنها بالحليب والعصائر الطازجة والفواكه.

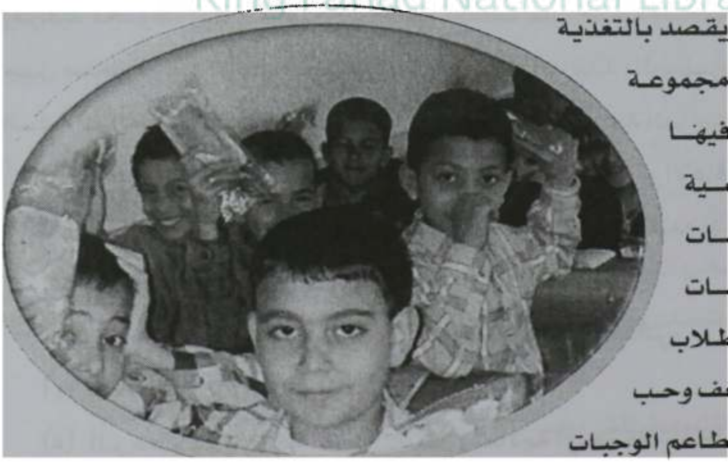
وهناك أمور أخرى إلى جانب المحتوى الغذائي في الوجبة المدرسية يجب أن نعتني به أيضا، فمن الضروري أن نستخدم وقت الوجبة المدرسية لتثقيف الطلاب وتوعيتهم بالعادات

الصحية في تناول الطعام، مثل الاهتمام بنظافة اليدين قبل تناول الطعام وكذلك عدم السرعة في الأكل والمضغ الجيد للطعام، وأيضا نهتم بتعليمهم وتدريبهم على تنظيف أسنانهم بالشكل الصحيح بعد الوجبة الغذائية. هذه الأمور ليس من الصعب تحقيقها، وهي اليوم باتت ممارسات عادية في كثير من المدارس في دول العالم. فالغذاء الصحي المتكامل والمتوازن مهم، وطريقة الأكل والعادات المصاحبة له أيضا مهمة.

أهمية التغذية المدرسية:

يعاني طلاب المدارس من العديد من الأمراض المرتبطة بالتغذية ومن أهمها السمنة وفقر الدم والنحافة ويمكن للأسرة أن تلعب دورا مهمًا في تجنيب أطفالها هذه الأمراض إذا تم إتباع العادات الصحية في إعداد وتناول الطعام. ولقد أجمعت آراء الباحثين ونتائج الدراسات في مجال التغذية إلى وجود ارتباط كبير بين الصحة والأداء المدرسي. وأن التغذية الصحية للطالب تزيد من قدرته على الإبداع والتفكير والاستيعاب التعليمي، حيث تصبح القدرات الذهنية أكبر للتحصيل الدراسي ومتابعة الأنشطة المدرسية والحماسة للتعليم.

وتعاني الكثير من الأسر وأولياء أمور الطلاب في في في الآونة الأخيرة من إهمال وعدم الاهتمام بتناول التغذية الصحية لأبنائهم، وخاصة وجبة الإفطار الصباحية وهي الوجبة الأهم بالنسبة للطالب ويقصد بالتغذية الصحية السليمة هي مجموعة الأغذية التي تتوفر فيها جميع العناصر الأساسية للغذاء كالفيتامينات والأملاح والبروتينات وغيرها، وللأسف فإن طلاب اليوم أصبح لديهم شغف وحب شديدين للذهاب إلى مطاعم الوجبات



السريعة Fast food إلى حد الإدمان وهي بلا شك مأكولات ضارة وغير صحية على الأمد الطويل؛ لأن غالبيتها يدخل في محتواها الدهون المشبعة والسكريات التي ترفع معدل السكري والكوليسترول الضار وارتفاع ضغط الدم وتسوس الأسنان وهشاشة العظام وتصيب الطالب بالسمنة المرضية المفرطة وبذلك يتحول الطالب إلى مريض جسديًا ومحطم نفسيًا وغير واثق من نفسه بعد أن كان طالبًا مجدًا ونشيطًا وسليمًا معافًا.

والمسؤولية هنا لا تقع على الطالب وحده فقط بل تشترك فيها الأسرة والمدرسة والصحة المدرسية والمعلم والإدارة فمطلوب من جميع هذه الأطراف التعاون فيما بينها لخلق بيئة صحية مدرسية خالية من الأضرار وحث الطلاب وترغيبهم على تناول وجبة الإفطار الصباحية وخاصة الحليب ومشتقاته لما فيها من فوائد صحية، ومنها الكالسيوم الضروري لبناء العظام والأسنان والتحذير من الإفراط في تناول المشروبات الغازية الضارة ومشروبات الطاقة.

إن برامج التوعية الصحية هي حجر الزاوية في برامج تعزيز الصحة وفي تنمية الاتجاهات والسلوكيات الغذائية وتغيير العادات والممارسات الخاطئة، وتحتاج هذه البرامج إلى تضافر جهود الأسرة التربوية والصحية والأسرة لتحقيق الفائدة المرجوة منها.

كما أن إدارة المدرسة مسؤولة عما يباع للطلاب من مأكولات ومشروبات داخل المدرسة ومراقبة محتواها وطريقة إعدادها؛ وذلك حفاظًا على صحة وسلامة الطالب ومن اجل بناء جيل صحي وقوي الأجسام وخاليًا من الأمراض المزمنة والخطيرة في المستقبل لأن العقل السليم في الجسم السليم والجسم السليم لا يأتي إلا بالتغذية الصحية والسليمة.

وهكذا يمكن أن نجمل أهمية التغذية الصحية للطفل ذو الإعاقة، في النقاط التالية:

(١) الوقاية من حدوث الأمراض المزمنة والناتجة عن سوء التغذية.

(٢) الوقاية من الاضطرابات الغذائية نتيجة الأدوية.

(٣) تحسين طبيعة نمو جسم ذوي الإعاقات ووضعهم الغذائي.

(٤) معالجة مشكلات فقد الشهية.

(٥) التركيز على نظافة الفم والأسنان ومعالجة أي مشكلات تتعلق بالأسنان.

أدوار أخصائي التغذية:

اخصائي التغذية هو شخص مُعَد إعدادًا علميًا ومهنيًا يؤهله للقيام بمهام هذه الوظيفة في قطاعات مختلفة بالمجتمع، والدور الذي يقوم به أخصائي التغذية في غاية الأهمية، فإذا كان يعمل في مجال المركز الصحي أو المستشفى فيجب أن يكون على دراية ووعي بعلم الأغذية من الناحية الكيميائية والفسيولوجية، وكذلك معرفة التغيرات التي تطرأ على الوظائف المختلفة في الجسم نتيجة إصابته بمرض معين، وعليه أيضًا أن يكون ملمًا بأسس الطهي الصحيحة، ويعتبر كذلك عضوًا فعالاً ومهمًا في الفريق الطبي الذي يعالج الطالب المريض، لأنه يضع النظام الغذائي المناسب للطالب ذوي الإعاقات بالتعاون مع الطبيب، وقد يكون هو الوسيلة الرئيسة للعلاج دون تعاطي الأدوية.

ونجد أيضًا أن أخصائي التغذية قد يعمل أو يهتم بالنواحي الإدارية مثل توريد الأطعمة وتخزينها وحفظها، وهو بذلك قد يعمل في مؤسسات كبيرة مثل الجامعات والمدارس والقوات المسلحة والشرطة وغيرها وهو يقدم خدمات غذائية لمجموعات كبيرة من الطلاب أو الأفراد.

ومن مهام أخصائي التغذية ما يلي:

(١) التعاون مع العاملين في الحقل الصحي أو التعليمي في علاج المرضى وتشخيص بعض الحالات (حساسية الطعام).

(٢) إعداد الوجبات الخاصة أو الأنظمة المختلفة حسب نوع و عمر ووزن المريض.

(٣) متابعة الخدمات الغذائية التي تقدم للمرضى خاصة الأغذية الخاصة.

(٤) توعية المجتمع لمكافحة الأمراض ذات العلاقة بالتغذية مثل السمنة وداء السكري والذبحة الصدرية.

وقد يعمل أخصائي التغذية في وزارة الصحة، هو يهتم بعمليات الفحوص الغذائية والكشف على الأطعمة وتحديد مدى صلاحيتها، وخاصة عندما تكون مثل هذه الأطعمة معبأة أو لها مدة صلاحية.

وهناك عدد من الشروط التي يجب أن تتوفر في ممارس مهنة التغذية:

(أ)درجة البكالوريوس في التغذية الإكلينيكية أو ما يعادلها كشرط أساسي لمزاولة المهنة.

(ب) التصنيف والتسجيل لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية

(جـ) أن تحتوي الخطة الدراسية للبرنامج على مقررات في التغذية الإكلينيكية. تتضمن الموضوعات:

(١) التغذية العلاجية في الأمراض الحادة.

(٢) التغذية العلاجية في الإجهاد الفسيولوجي و الأمراض المزمنة.

(٣) التقييم الغذائي (طرق التغذية، المقاييس الأنثروبومترية، الإكلينيكية والتحاليل المخبرية – الكيميوحيوية) للحالة الغذائية

(٤) أساليب و طرق التغذية المختلفة (مثال التغذية الأنبوبية و الوريدية)

(٥) التثقيف الغذائي.

(٦) العادات الغذائية و المفاهيم الاجتماعية.

(٧) التغذية و اضطرابات الأيض الوراثية.

(٨) حلقة دراسية في علوم التغذية الإكلينيكية.

(٩) الكيمياء الحيوية الغذائية.

(١٠) التغذية خلال دورة الحياة.

(١١) ممارسة عملية في التغذية الإكلينيكية (مقررين على الأقل)

(د) أن تكون الخطة الدراسية لبرنامج درجة البكالوريوس في التغذية الإكلينيكية - أو ما يعادلها- تحتوي على مقررات داعمة في –العلوم الصحية.

(هـ) أن يكون التدريب العملي للمواد الدراسية في المستشفيات التخصصية ليكتسب الطالب الخبرة العملية التطبيقية تحت إشراف عضو هيئة تدريس و استشاري التغذية المدرسية بالمستشفى.

(و) قضاء فترة امتياز لا تقل عن سنة كاملة. بمستشفى معترف به

ولاشك إن الأطباء المتخصصين في مجال التغذية العلاجية أكثر دراية من الأطباء الآخرين وذلك لمعرفتهم بفسيولوجيا وتشريح الجسم وبما أن الطبيب هو المسئول عن

تشخيص و علاج الحالات المرضية فهو الذي يحدد نوعية و كمية العناصر الغذائية بما فيها السعرات الحرارية التي يجب إعطاؤها للطفل ذي الإعاقة مثلاً غذاء قليل السعرات الحرارية، محدد البروتين أو قليل الصوديوم ويكون دور أخصائي التغذية هو ترجمة هذه الوصفة لأطعمة غذائية معروفة للطفل ذي الإعاقة ويوزعها في عدد من الوجبات حسب حالة الطفل ذي الإعاقة ونوع المرض فمثلاً مريض داء السكري قد يحتاج لست وجبات في اليوم ثلاث وجبات أساسية وثلاث وجبات خفيفة ويستطيع أخصائي التغذية المدرسية توزيع وجدولة هذه الوجبات بصورة متوازنة.

كما ان لأخصائي التغذية دور مهم جداً في تحديد نوعية الحميات (الرجيم) المناسبة لأغلب أمراض خلل التمثيل الغذائي مثل حمية خالية من الجلوتين لمرضى عدم تحمل الجلوتين او حمية خالية من اللاكتوز لمرضى عدم تحمل اللاكتوز فالعلاج يعتمد على تناول أطعمة خالية من أحد هذه العناصر الغذائية. ودور الطبيب هنا التشخيص في حين على اخصائي التغذية مناقشة الطفل ذي الإعاقة وأسرته في نوعية الأطعمة وعلم الأمراض المتعلق بالتغذية ولهم القدرة على تشخيص الحالات المرضية وهم اكثر تأهلاً لوصف الحمية الغذائية لمعرفتهم بكيفية تقييم الحالة الصحية والغذائية و مكونات الأطعمة المتوفرة في الأسواق وبدائل الأطعمة حسب المجموعات الغذائية الرئيسية. كما ان العلماء الذين تخصصوا في علم تغذية الإنسان لهم دور أساسي وحيوي في مجال التغذية المدرسية.

الدور التنسيقي بين الطبيب المعالج وأخصائي التغذية :

إن الطبيب هو المسؤول الأول عن تشخيص حالة الطفل ذو الإعاقة وعلاجها وأخصائي التغذية يؤدي الدور المكمل للطبيب والتنسيق ضروري بينهما حفاظًا على صحة المعاق لأن التغذية جزء لا يتجزأ من علاج الطفل المعاق وتوجد فئة من الأطباء لا تعير اهتمامًا كبيرًا لدور أخصائي التغذية المدرسية رغم دوره الحيوي في وقاية وعلاج المريض. والطريقة المثلى أن يقوم الأطباء وأخصائي التغذية بمناقشة الحالة المرضية وتحديد الحميات الغذائية الملائمة للطفل ذو الإعاقة للوصول إلى الهدف المنشود بتحسن حالته الصحية.

تغذية ذوي الإعاقات:

باديء ذي بدء، فإننا نقرر أن الطفل ذي الإعاقة يحتاج إلى العناصر الغذائية نفسها التي يحتاج إليها السوي. إلا ان معظم ذوي الإعاقات يكونون اقل وزنًا وأقل حركة من أقرانهم العاديين، ومن الفئة العمرية نفسها، مما يجعل احتياجاتهم من الطاقة أقل؛ لأن الطاقة تحسب على أساس الوزن وليس العمر. وكما نعرف فإن الطاقة هي السعرات الحرارية الناتجة عن التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والدهون والبروتينات. أما



الاحتياجات الغذائية من الفيتامينات والعناصر المعدنية لذوي الإعاقات فهي المخصصات اليومية نفسها بالنسبة للعمر والجنس من أقرانهم العاديين.

ولاشك في أن التغذية الصحية السليمة تساعد على زيادة قدرة الطفل ذي الإعاقة على ممارسة نشاطاته اليومية والتخفيف من معاناته ومن أعباء الحركة اليومية ونمو الطفل ذي الإعاقة أقل في كثير من الحالات من الطفل السوي لكن الفروق الفردية كبيرة من حالة إلى أخرى لذلك يصعب التعميم فيما يتعلق بصحتهم وتغذيتهم ويتناول بعضهم أنواع من الأدوية تؤثر على الشهية وتقلل منها وتؤثر على الاستفادة من العناصر الغذائية وقد نلحظ السمنة في أجسام بعض الحالات نتيجة عدم الحركة فكلما قلت الحركة قلت حاجة الجسم إلى نوعية المواد التي يحتاجها وكلما زادت الحركة فإن الجسم يظل يطلب المزيد من الطعام ويصرف المزيد من الطاقات لذلك يجب معرفة التالي عن الطفل ذي الإعاقة:

(١) معرفة نوع الإعاقة.

(٢) شدة الإعاقة.

(٣) الإيمان بأنه يمكننا جميعا مساعدة ذوي الإعاقات.

(٤) يجب علينا ان نعرف ان الطفل المعاق مثل الطفل الطبيعي له احتياجاته ورغباته وآماله وأمنياته التي يسعى لتحقيقها.
(٥) طرق تفادي الإعاقة والتركيز على التي تنتج من الأمراض المعدية.
(٦) طرق معالجتها ليس فقط بالعطف والحنان بل وأيضاً بالتشجيع وزرع الثقة بالنفس والتعليم الخاص والتأهيل.

ومما لا شك فيه ان وجود طفل ذي إعاقة في البيت يحتاج من أسرته إلى جهد ومثابرة لرعايته وتربيته وتغذيته اكثر مما يحتاج إليه الطفل السوي. وكثيراً ما يثار في أذهان الوالدين عدد من التساؤلات، أهمها:

(١) ما هي نوعية الغذاء المناسب التي يحتاج إليه طفلهم ذي الإعاقة ؟
(٢) كيفية تغذية طفلهم ذي الإعاقة وخصوصاً إذا كان لا يقدر على خدمة نفسه أو إطعام نفسه ؟

والنماذج التالية أمثلة لبعض الإعاقات والأمراض المزمنة التي يظهر فيها تأثير الغذاء على حالتهم، وتأثير حالتهم على طبيعة ونوعية غذاؤهم :

(١) الشلل الدماغي:

إن الطفل الذي يعاني من شلل دماغي بسيط من عمر (٥ سنوات إلى ١١ سنة) يحتاج إلى ١٣.٩ سعر حراري لكل سنتيمتر واحد من الطول. أما الذي يعاني من شلل دماغي شديد من العمر نفسه (٥ سنوات إلى ١١ سنة) فيحتاج إلى ١١.١ سعر حراري لكل سنتيمتر واحد من الطول. ومعظم الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يكون طولهم أقل من الأطفال الطبيعيين من نفس العمر لذلك تكون احتياجاتهم مقاسه بالنسبة لطولهم و كذلك قدرتهم على الحركة . فالمصابين بالتشنج او عدم الحركة يكون احتياجهم من الطاقة أقل. أما المصابين بالحركة اللاإرادية المستمرة يكون احتياجهم للطاقة أكثر .

(٢) متلازمة داون:

يتعرض الأطفال المصابين بمتلازمة داون لمشكلات التغذية منذ الولادة وعبر جميع مراحل حياتهم، وذلك لوجود صعوبات تحد من قدرتهم على أخذ الكمية والنوعية المطلوبة في

كل مرحلة عمرية ، ولا تواجه تلك الصعوبات جميع هؤلاء الأطفال بالدرجة نفسها، فكل طفل مميز في قدراته .. ونحن نحاول بدورنا شرح بعضٍ من أسباب تلك الصعوبات والطرائق المثلى للسيطرة عليها، لكي يحصل الطفل على الغذاء المتوازن، ومن ثم النمو بشكل طبيعي.

ويواجه بعض من أطفال متلازمة داون صعوبات تغذوية من اول ايام حياتهم؛ فرضاعتهم ضعيفة سواء من ثدي الأم أو عن طريق الحليب الصناعي، فبعضهم يصيبه الإعياء بعد القيام بمجهود الرضاعة لمدة قصيرة، وآخرون لا يملكون القدرة على الرضاعة والمص من الثدي بقوة كافية، ومنهم من ينام لمدة طويلة دون رضاعة، ويكون البكاء والرغبة في الرضاعة ضعيفة، ونتيجة ذلك يحصل على كمية ضئيلة من الغذاء غير كافية لنموه، وفي حال عدم انتباه الأم فإن الطفل يبدأ مرحلة من سوء التغذية مصحوبة بالجفاف أحيانًا، وهو أمر خطير في الغالب.

وتزداد المشكلات مع بداية الفطام وما يعقبها من مراحل، وتشمل مشكلات التغذية عند هؤلاء الأطفال رفضهم مضغ الأطعمة الصلبة، وقبولهم أنواعًا محددة منها والتي غالبًا ما تكون من الأطعمة النشوية وسهلة المضغ، كما انهم يحتاجون إلى مدة أطول لتناول كمية كافية من الغذاء، وهو ما يمثل صعوبة لمن يقوم برعايتهم، وينعكس ذلك كله على نموهم الفكري والحركي وإصابتهم بسوء التغذية والأمراض المختلفة (سمرقند، ب. ت).

(٣) اضطراب التوحد:

يرفض الطفل تناول انواع مختلفة من الأطعمة والإصرار على تناول نوع واحد فقط مما يسبب له نقصا في كثير من العناصر الغذائية التي يحتاج إليها، ووجود حساسية من بعض الأطعمة مثل الحليب والقمح ومنتجاته، والإصابة بإمساك او إسهال مزمن. ويلاحظ أن الدراسات اثبتت ان ٨٠ ٪ من الأطفال المصابين باضطراب التوحد لديهم خلل في المعدة والأمعاء منذ الولادة او نتيجة للإصابات المناعية، حيث يجعل هذا الخلل الأمعاء مرشحة لبعض بروتينات الأطعمة المهضومة جزئيًا خاصة الكازين (هو البروتين الأساسي في الحليب ويوجد أيضًا في مشتقات الحليب)، والجلوتين (هو مادة لزجة تتكون أثناء العجن وهو بروتين في القمح والشوفان والجاودار والشعير ومشتقاته).

ان الكازين والجلوتين هما بروتينات يتحللان إلى المركبات الأساسية للبروتينات والتي تسمى الأحماض الامينية لدى الأصحاء، ويوجد الكازين في الحليب ومشتقاته ويوجد الجلوتين في بعض الحبوب مثل القمح والشوفان والشعير ومنتجاتها كالسميد ونشأ الحلويات والأغذية المحتوية عليها كالمعجنات والبروستد وكثير من المواد المعلبة. هناك اغذية تحتوي على الكازين بنسبة ضئيلة مثل الزبدة فيمكن الاستعاضة عنها بالسمنة لعدم احتوائها على الكازين. المشكلة تكمن في ان الكازين والجلوتين لا يتحللان عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد فتتراكم هذه المركبات البروتينية وتؤدي الى أضرار بالجهاز العصبي واضطراب السلوك ونمو غير سليم للمخ حيث لا يحصل على بعض الأحماض الأمينية لهذا يجب تجنب تلك الأغذية مدى الحياة. وهناك تأثيرات اخرى مثل ضعف الاستجابة والتنفس واضطراب ضربات القلب لهذا يحس الشخص المصاب بالتوحد بالدوار كما يتم التأثير على مراكز الإحساس بالسالم فتضعف تلك المراكز. بل ان هذه المواد قد تتراكم بشكل كبير وتؤدي إلى ما يسمى بالتسمم أو قد تتحول إلى مركبات مخدرة يدمن الشخص عليها ، لهذا قد يكون لدى البعض رغبة شديدة تشبه الوحم لتناول الأغذية المحتوية على هذه البروتينات فتجد الشخص يحب الحليب او القمح ومنتجاته .

هناك مواد غذائية لها تأثيرات على البعض وغير مؤثرة على آخرين فمثلاً التفاح والحمضيات والشوكولاتة وأحيانا بعض أدوية الصداع وتخفيف الألم هذه المواد لها تأثيرات سلبية على البعض فإن ثبت للأسرة هذه التأثيرات فيجب تجنبها.

وهناك بدائل للحصول على مادة الكالسيوم الموجودة في الحليب، وذلك من خلال الحليب المصنع من مصادر نباتية مثل حليب الصويا وحليب الأرز وهناك حليب خال من الكازين متوفر في الصيدليات. ويمكن الحصول على الكالسيوم والحديد من أغذية أخرى غنية بهما مثل اللحوم والخضار الورقية ويمكن أن تتم إضافتهما للغذاء وإعطاء الطفل شراباً أو حبوباً حسب العمر لتغطي احتياجاته من هذه المعادن والفيتامينات.

بعض الأمهات يعتقدن أن مواد غذائية معينة تفاقم مشكلة اضطراب التوحد وذلك لظهور بقع حمراء على الجلد وللتأكد من الأغذية التي تسببها يمكن وقف إعطاء الطفل تلك المادة الغذائية ومراقبة الأعراض فإن زالت فمعناه أن تلك المادة هي المسببة للحساسية ولكن ماذا

لو كان الغذاء عبارة عن مرقة (مكسب طعم) خضار؟ في هذه الحالة يمكن استبعاد كل الخضار المشكوك فيها وبعد عدة أسابيع أي بعد زوال أعراض الحساسية يبدأ إعطاء الطفل نوعاً واحداً من هذه الخضار لمدة أسبوعين دون تغيير في غذائه الآخر وتلاحظ الأعراض فإن ظهرت الأعراض فيتم منع هذه المادة الغذائية وان لم تظهر اعراض يتم إعطاؤه النوع الآخر من الخضار لمدة اسبوعين مع إمكانية استمرار النوع الأول مادام لا يسبب الحساسية وهكذا.

(٤) اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

اشارت بعض الدراسات أن هناك علاقة بين انواع معينة من الأغذية واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وخاصة تلك التي تحتوي على السكريات، والمواد الحافظة، والألوان الصناعية مثل : الشيكولاتة والآيس كريم والمشروبات الغازية والمأكولات .. وغيرها من المأكولات الأخرى (عبد المعطي، ٢٠٠١: ٢٤٥). إلا انه في المقابل توصلت نتائج دراسة رانااريك Ranarec,R. (١٩٩٥) إلى عدم تأثير هذه المواد الغذائية علي سلوكيات الأطفال، بل الأكثر من ذلك فقد تبين أن منع الآباء لأطفالهم من تناولها يزيد من غضب هؤلاء الأطفال؛ مما يؤدي بهم إلى إثارة آبائهم نحوهم بحركات استفزازية . بينما تري ميركولينو، باور، بلوم (٢٠٠٣ : ٢٥٩) انه حتى الآن لم تحسم بعد مسألة تأثير المواد السكرية على اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، غير انه يمكن القول انه يجب منع تناول كل الأطفال للأغذية المحتوية على نسب عالية من السكريات البسيطة أو المنتجات المحلاة صناعياً . ففي دراسة نوسباوم وبيجلر (Nussbaum & Bigler, 1990) أوضحت النتائج أن الصبغيات والمواد الحافظة التي تضاف للمواد الغذائية المجهزة تؤدي إلى إصابة الأطفال باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

كما أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية يؤدي أيضاً إلى زيادة نشاطه الحركي المفرط، ولعل ذلك يتضح من نتائج عدة دراسات التي كان هدفها فحص العلاقة بين تناول الطفل لمواد سكرية، ونشاطه الحركي المفرط، ولقد بينت نتائج جميع هذه الدراسات أن المواد السكرية التي يتناولها الطفل لا تؤدي إلى إصابته باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، ولكنها تؤدي إلى ارتفاع مستوى نشاطه الحركي من خلال زيادة نسبة الطاقة لديه (Milick & Pelham, 1986; Kruesi, 1987; Rosen, 1988).

ويؤدي أيضاً تناول الطفل للخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية، أو التعرض للتسمم بمادة الرصاص بأي شكل من الأشكال إلى إصابته بأعراض ضعف الانتباه لهذا الاضطراب، والجدير بالذكر في هذا المقام أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية يؤدي إلى ارتفاع مستوى النشاط الحركي لديه والذي ينتج عن زيادة نسبة الطاقة في جسمه، ولكنها لا تؤدي إلى الإصابة بهذا الاضطراب. وقد أكدت نتائج دراسة وينيك (Winneke, 1989) والتي كان هدفها فحص العلاقة بين مادة الرصاص في الدم، واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال، أوضحت النتائج أن هناك علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مستوى الرصاص في الدم، ومستوى اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بمعنى أنه كلما زادت نسبة الرصاص في الدم كلما زاد مستوى اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الطفل.

(٥) هشاشة العظام :

يلعب الغذاء، خاصة في فترة النمو، دوراً مهمًا لبلوغ كثافة العظام مستواها الأقصى بعد سن المراهقة. وقد يؤدي عدم الحصول، في سن الطفولة، على الكمية المطلوبة من عناصر غذائية معينة مثل الكالسيوم، إلى ازدياد معدل الإصابة بالكسور سواء عند البلوغ أو عند تقدم العمر. تعتبر العوامل الخاصة بنمط الحياة، من أكثر العوامل التي تساعد على ظهور هشاشة العظام، ومن أهمها: نقص الكالسيوم بسبب عدم تناول كميات كافية من الحليب ومشتقاته، التدخين الذي يمكنه أن يؤثر بشكل مباشر على إعادة ترتيب العظم، الإفراط في الشاي والقهوة، ازدياد تناول البروتينات (اللحوم) والفوسفور، الوقوف أو الجلوس لفترة طويلة، عدم التعرض للشمس، عدم ممارسة الرياضة وانعدام الحركة لفترة طويلة.

وأشارت بعض البحوث والدراسات تعتبر المشروبات الغازية بأنها مدمرة للصحة لاحتوائها على السكر الأبيض والمحليات الصناعية الكيميائية والمواد الحافظة وثاني أكسيد الكربون. وتساعد هذه المشروبات على ازدياد فقدان الكالسيوم من العظام، وبالتالي على هشاشة أو لين العظام. ونظرا لاحتواء هذه المشروبات على نسبة عالية من الفوسفور فإنها تؤثر سلبا على التوازن المطلوب بين الفسفور وبين الكالسيوم وتعوق امتصاصه وتزيد من طرحه في

البول. وفي دراسة قام بها باحثون من جامعة مينوستا في الولايات المتحدة على اطفال بين سن ٢- ١٨ سنة، وجدوا أن الأطفال الذين يتناولون المشروبات الغازية بكثرة قد قللوا استهلاكهم من الحليب وعصير الفاكهة، لذلك نصحوا بمنع الأطفال من تناول المشروبات الغازية.

واظهرت دراسة طبية أخرى اجرتها جريس يشاك من جامعة هارفارد الطبية ونشرتها حديثا مجلة (Archieves of pediatrics and adolescent Medicine) ان تناول المشروبات الغازية يمكن ان يزيد من خطر كسور عظام الفتيات المراهقات في العقد الثاني من العمر. وأجريت الدراسة على ٤٦٠ فتاة في الصفين التاسع والعاشر، تم سؤالهن عن طبيعة غذائهن، ونوعيته، وما إذا كن قد أصبن من قبل بكسر في العظام. وبينت النتائج أن ٨٠ في المائة منهن يشربن مرطبات محتوية على كربونات، و١١,٥ في المائة لا يشربن الكولا، وتبين أن الفتيات اللاتي يشربن المشروبات الغازية كن أكثر عرضة للإصابة بكسور في العظام بنحو ثلاث مرات من اللاتي لا يشربنها. وقد يرجع السبب إلى أن تكون الأحماض الفوسفورية في الكولا مسؤولة عن المشكلة. وقد أشارت الدراسة إلى أن بعضا ممن تعرضوا لمواد فوسفورية قبل أكثر من قرن من الزمن، عانوا من كسور العظام. (خوجة، ب. ت)

(٦) مرضى الربو:

تحقق التغذية الخاصة لمرضى الربو سد نقص أي من العناصر الغذائية المهمة للنمو ولعمل أعضاء الجسم بكفاءة خاصة الجهاز التنفسي، كما انها تقوي المناعة في الحالات الطبيعية وتزيد من قدرة جهاز المناعة على مقاومة الالتهابات المتكررة في الجهاز التنفسي، وذلك من خلال جملة من الأمور التي تشمل تناول السوائل بكمية كافية، وتناول الخضر والفواكه الطازجة واللحوم والأسماك والبقول والحبوب المحتوية على المعادن والفيتامينات والأملاح، وتقليل الدهون لتخفيف الوزن، وتقليل الملح. ومحصلة الغذاء الصحي هي وزن طبيعي وجسم يملك حاجته الحيوية من الفيتامينات والمعادن والأملاح وجهاز مناعة ذي كفاءة عالية.

وقد أعلن الباحثون من جامعة «انديانا» في الولايات المتحدة نتائج دراسة تجرى لأول مرة، تشير إلى علاقة وثيقة بين الإكثار من تناول الملح وزيادة نوبات الربو التي تظهر مع بذل

المجهود البدني. كما أثبت الباحثون من جامعة «كيس» بـ «كليفلاند» أن زيادة وزن الأطفال تعرضهم لنوبات الربو بشكل أكبر. وتطرق العديد من الأبحاث الحديثة إلى دور أنواع مختلفة من المنتجات الغذائية في إثارة الحساسية لدى الكبار أو الصغار وربطت بين تناولها وارتفاع نوبات الربو كما تناولت ابحاث أخرى الآثار الجانبية بعيدة المدى لأدوية الربو التي تحتم لتجنبها تعديل نمط الغذاء. وهذا ما يملي الحاجة إلي الحديث عن تغذية مرضى الربو كأحد جوانب الوقاية من نوبات الربو وكأحد جوانب الرعاية المستمرة للمرضى. ولذلك تصبح الحاجة إلى التغذية الصحية بالنسبة لمرضى الربو سواء الصغار منهم أو الكبار اليوم من الأمور الملحة لاعتبارات عدة www.aawsat.com :

الأول: التغذية الصحية بشكل عام تزيد مناعة الجسم، فمضاعفات الربو المرتبطة بالتهابات الجهاز التنفسي تحتاج مناعة سليمة.

الثاني: تجنب تناول المنتجات الغذائية المثيرة للحساسية لدى المرضى.

الثالث: تقليل ضرر الآثار الجانبية للأدوية التي يتناولها مريض الربو.

ومن الجدير بالذكر أن الاهتمام بالكالسيوم لدى مرضى الربو يحتاج إلى عناية خاصة وذلك لأمرين، الأول هو أن نقص الكالسيوم يزيد من حساسية عضلات الشعب الهوائية مما يعقد ضيقها ويزيد من صعوبة علاج نوبات الربو إذا ما حصلت، والأمر الثاني هو أن نقص كالسيوم العظام وبالتالي هشاشته يحصل كثيراً كأثر جانبي نتيجة تناول أحد أهم أدوية الربو وهو الكورتزون الذي إما يستنشقه المريض كمسحوق بشكل يومي، أو يتناوله أثناء علاج نوبات الربو كحبوب أو عبر الوريد بكميات عالية لا مناص منها، الأمر الذي يحتم الاهتمام بتناول المنتجات الغذائية عالية المحتوى من الكالسيوم كمشتقات الألبان والأسماك والحبوب والخضر.

وهناك عوامل عديدة قد تؤثر في احتياجات ذوي الإعاقات من العناصر الغذائية والسعرات الحرارية (الطاقة). ومن هذه العوامل تركيب الجسم، حيث قد تختلف مكونات جسم الطفل المعوق عن مكونات الطفل العادي، فمثلاً مرضى الشلل الدماغي يعانون زيادة السائل خارج الخلايا وانخفاضاً في الكتلة الخلوية بسبب ضمور العضلات، بالإضافة إلى انخفاض النشاط الجسدي، أو قد يكون نتيجة قلة تناول الطاقة والعناصر الغذائية لفترة زمنية طويلة، وفي الوقت نفسه يؤدي الانخفاض في الكتلة الخلوية إلى انخفاض احتياجات الجسم من الطاقة والعناصر الغذائية

الأخرى.أيضًا هناك عامل التأخر في النمو ونقصان الوزن، كذلك فإن ظهور السمنة من المشكلات الغذائية التي يعانيها الفرد المعاق. لذا فإن سبب هذه المشكلات قد يكون قلة تناول المواد الغذائية كوجود اعتلالات عصبية عضلية تؤثر على الهضم والمضغ والمص والبلع، أو يكون بسبب عدم قدرة حمل الجسم مما يؤدي إلى عدم الحركة.

إن حرمان ذوي الإعاقات من اللعب أو الاستمتاع بالنشاطات الأخرى يجعل من تناول الطعام اللذة الوحيدة في حياته. كذلك من العوامل المؤثرة في احتياج ذوي الإعاقات للتغذية هو ان كثيرين منهم يضطرون إلى تناول الأدوية المزمنة كأدوية الصرع أو فرط الحركة او منبهات الجهاز العصبي المركزي، ومعظمها ذات تأثير فعال، إما يزيد وإما يقلل من احتياج الجسم للفيتامينات. وهناك مشكلات وعوامل أخرى كثيرة كانخفاض فترة الانتباه أثناء الطعام او عدم القدرة على المضغ، إلى غير ذلك من مشكلات.

إن إطعام ذوي الإعاقات يتطلب التعامل معهم على أساس فردي فيما يتعلق بقوام الأطعمة المقدمة وبمدى القدرة على اكتساب ذوي الإعاقات لمهارات الإطعام أو الإطعام الذاتي ويتوقف نجاح الأسرة في تطبيق برنامج التغذية السليمة للطفل المعوق على اختيار الأطعمة المناسبة، وايضًا استعمال الأدوات المناسبة لإطعامه ومقدرة الأسرة على التعامل للطفل المعوق وحالته النفسية.

إن اختيار نوعية الغذاء وكميته يجب ان تكون مناسبة لعمر الطفل وطوله ونشاطه الذي يقوم به. وإذا كان يتم إطعام ذوي الإعاقات بواسطة الآخرين فيجب وضع برنامج لتدريبه على إطعام نفسه، وفيما يتعلق بطبيعة الطعام يجب مراعاة أن يكون قوامه مناسبًا. فمثلاً قد تقدم الأسرة لابنها ذوي الإعاقات أطعمة مهروسة في الوقت الذي يمكنه مضغ طعام اكثر خشونة أو إطعامه في الوقت الذي قد يكون قادرًا على تناوله بنفسه، وهذا كله يؤدي إلى عدم كفاية الغذاء المتناول، وبالتالي لا يحصل على ما ينميه بصورة كافية.

مشكلات التغذية لدى ذوي الإعاقات :

تتعدد المشكلات ذات الصلة التغذية الأطفال ذوي الإعاقات. ومن أكثر هذه المشكلات شيوعًا وانتشارًا ما يلي:

(١) تعاطي السوائل :

إن الأطفال المرضى ذوي الإعاقات، وخاصة الذين يتناولون السوائل عن طريق الرشف ببطء يعانون من مشكلة خاصة. يجب أن يراعى عدم تعرضهم للجفاف. وتسجيل كمية السوائل المأخوذة، وكذلك الكمية المفقودة يعتبر جزء مهم جداً من خطه العلاج. ذلك إن عدم كفاية السوائل المأخوذة قد يؤدي إلى عدوى بالجهاز البولي، وعند بعض المرضى يؤدي إلى تكوين الحصوات الكلوية.

(٢) النشاط والاستفادة من العناصر الغذائية :

إن عدم الحركة، حتى مع الشخص السليم، في حالة تناوله كميات كافية من السعرات والبروتين قد تؤدي إلى حدوث سلبية التوازن في النيتروجيني. لأن فقد النيتروجين يكون أساساً من العضلات. كما تؤدي عدم الحركة عند الشخص السليم أيضا إلى حدوث ميزان كالسيوم سالب، مع فقد الكالسيوم من العظام الطويلة. كذلك يحدث ميزان النيتروجين السالب، وميزان الكالسيوم السالب مع الطفل ذي الإعاقة عند عدم قدرته على تحريك عضو من الأعضاء، أو في حالة تجبيس احد الأعضاء. لذلك يجب أن يوضع برنامج تدريبات رياضية يومية حتى يمكن الاستفادة من العناصر الغذائية المأخوذة.

(٣) قوام الطعام :

هناك نقطتان يجب مراعاتهما عند إعداد طعام الطفل ذي الإعاقة من حيث قوام الطعام وهما:

أ) القيمة الغذائية للطعام

ب) التحول من الأطعمة النصف صلبة إلى الأطعمة الصلبة بتقدم حالة المريض.

إنه لمن الصعب المحافظة على إعطاء كميات مناسبة من البروتين والدهون والكربوهيدرات عن طريق الطعام النصف صلب، وكذلك في حالة استعمال اللبن بكثرة مع البطاطس المهروسة والحبوب، وإدخاله في تركيب وعمل كثير من الأصناف، يؤدي ذلك إلى زيادة كمية الكالسيوم المأخوذة، في حين أن كمية الحديد المأخوذة تكون غير كافية.

ولذلك يمكن القول ان التقييم المستمر لحالة الطفل المعاق من حيث تقدمه وانتقاله من الغذاء النصف صلب إلى الغذاء الصلب مهم جداً. حيث انه لوحظ أن عدم تشجيع الطفل المعوق ومساعدته على محاولة تناول الأطعمة الصلبة بالتدريج، يكون السبب في عدم تقدمه.

(٤)المحافظة على الوزن :

المحافظة على الوزن من الأمور المهمة جداً والتي يجب أخذها في الاعتبار عند التخطيط لبرنامج تغذية ذوي الإعاقات. فالطفل ذو الإعاقة المصاب بالشلل مثلا أو عدم القدرة على تحريك جزء من الجسم، يكون قليل الحركة و يحتاج إلى كمية سعرات قليلة لمقابلة احتياجاته من الطاقة. في هذه الحال يجب وضع النظام الغذائي الذي يكفل له الحصول على العناصر الغذائية الضرورية بالكميات الكافية مع عدم الزيادة في السعرات الكلية اليومية و يجب مساعدة الطفل ذي الإعاقة المصاب بالسمنة على إنقاص وزنه حتى يصل إلى الوزن المثالي.

(٥) الإمساك :



يعتبر الإمساك مشكلة عامة عند الأطفال المعاقين، وحتى البالغين أيضاً و يرجع لأسباب عديدة منها قلة الحركة، و قلة تناول الألياف الغذائية و قلة تناول السوائل، كما يؤدي تناول بعض الأدوية إلى حدوث الإمساك. ويشكو المصاب بالإمساك عادة من ألم في البطن، وانتفاخ فيه، و من عدم الشعور بالارتياح. ويمكن علاج أو تخفيف حالات الإمساك بزيادة تناول الألياف الغذائية المتوفرة في الخضراوات، و الفاكهة وفي النخالة، مع زيادة تناول السوائل، ومحاولة تجنب الأدوية التي تسبب الإمساك، هذا بالإضافة إلى تنظيم تدريبات رياضية يومية بقدر الإمكان أو تحريك المعاق في الفراش.

والطفل المصاب بالشلل الدماغي أو عدم القدرة على الحركة يعاني دائما من الإمساك بسبب عدم الحركة وقلة الألياف في الغذاء. ولوقاية هؤلاء الأطفال من الإمساك ينصح خبراء التغذية بما يلي:

(١) إعطاء الطفل المزيد من السوائل.

(٢) زيادة الألياف بتقديم الخبز الأسمر حسب تقبل الطفل.

(٣) إضافة الشوفان مع الحليب والعسل وتقديمها كوجبة خفيفة.

(٤) تقديم الفواكه الطازجة وخاصة التفاح مع قشره لاحتوائه على كمية أكبر من الألياف فهو أفضل من تقديم عصيرها، والتأكد من أن الموز لا يسبب الإمساك.

(٥) تقديم بسكويت الأطفال أو الذي يحوي كمية أكبر من الألياف

(٦) إعطاء الطفل ملعقتين من العسل مذابة في فنجان ماء دافئ مع نقطتين من الليمون فإنه يساعد في علاج الإمساك.

(٧) المحافظة على نظام تدريبات رياضية يومية بقدر الإمكان أو تحريك الطفل ذي الإعاقة في الفراش.

التغذية والمشكلات الصحية والأمراض المزمنة :

تسهم أساليب التغذية غير الصحية للطفل في إصابته بكثير من الأمراض المزمنة ومنها حدوث الإعاقة الجسمية والفكرية له، بينما تؤدي التغذية السليمة دورًا رئيسًا في وقايته منها.

تؤدي حالات «سوء التغذية malnutrition» بنوعيها: الزيادة في التغذية نتيجة الحصول على عدد كبير من السعرات الحرارية من الطعام تفوق احتياجات الجسم، والنقص الغذائي (الشائع حدوثه لدى الأطفال في الدول الفقيرة) بشكل سلبي على النمو الجسمي والأداء الذهني. وهذا يؤكد دور التغذية في حدوث الكثير من الأمراض التي يعاني منها الإنسان وفي علاجها. وبلا شك يفيد التخطيط السليم في برامج التغذية (وخاصة للأطفال في مختلف مراحل أعمارهم) في الوقاية من حدوث أمراض سوء التغذية (بنوعيها نقص التغذية وزيادتها) التي تؤثر سلبًا على قدراته الجسمية والفكرية.

وتسهم التغذية غير السليمة في حدوث الإعاقة (وخاصة في الأطفال) بعدة طرق هي:

(١) تكون التغذية عامل خطر في حدوث اضطرابات صحية ثانوية مثل حالات التغذية السيئة نتيجة ممارسة عادات غذائية معينة تجعل الحالة الصحية لجسم الطفل ذي الإعاقة أسوأ حالاً.

(٢) قد تكون التغذية عاملاً وقائيًا من حدوث الإعاقة (التغذية الجيدة، أو ممارسة عادات غذائية تحسن الحالة الصحية للشخص).

(٣) التغذية السيئة (النقص الغذائي أو الإفراط الغذائي) قد تكون نفسها حالة ثانوية للجسم وتسبب حدوث مشكلات صحية لاحقة له.

وفي الفقرات التالية يناقش المؤلف عددًا من لأمراض ذات الصلة الوثيقة بالتغذية:

(١) الإصابة بمرض السكري :

أكدت نتائج البحوث والدراسات التي أجرتها العديد من المنظمات الدولية أن مرض السكري يصيب شخصًا من كل ستة أشخاص، ويبلغ عدد المصابين به في العالم حوالي (٢٠٠) مليون شخص، ومن المتوقع أن يصل بنهاية عام ٢٠٢٥ م ما يقرب من (٣٥٠) مليون شخص، أكثر من ٧٠٪ منهم بالدول النامية. أما في الوقت الحالي فهناك (١٧) مليون مصاب بالسكري في إقليم شرق المتوسط، وتشير الإحصائيات إلى أن مرض السكري انتشر بصورة وبائية في بعض دول الخليج مما جعل منه خطرًا صحيًا على المستوى الوطني؛ فقد تجاوزت نسبة الإصابة به ١٠٪ في سلطنة عمان ومملكة البحرين، أما بالنسبة لمعدلات الإصابة المتوقعة مستقبلاً فقد تتجاوز ٢٠٪ تقريبًا. حيث يلعب الوزن الزائد دورًا كبيرًا في الإصابة بالنوع الثاني من السكري، فقد أكدت نتائج البحوث أن خطر الإصابة بالسكري يهدد البدناء ممن يزيد لديهم مؤشر كتلة الجسم عن ثلاثين كيلو جرام، حيث يزيد خطر الإصابة لديهم بمعدل ثلاث وخمسين مرة عن أقرانهم من ذوي الوزن الطبيعي، وأن الأشخاص الذين وصلوا إلى مرحلة البدانة أكثر عرضة للإصابة بمرض السكري بمعدل عشرة أضعاف عن ذوي الوزن الطبيعي خاصة إذا كانت السمنة في منطقة الخصر. كما أن اختلال النظام الغذائي يؤدي بسبب الإكثار من تناول الشحوم، والوجبات السريعة، والسكريات إلى زيادة الوزن، وتراكم

الشحوم في خلايا الجسم وخاصة في منطقة البطن، وبالتالي تقل استجابة الخلايا للأنسولين، وتحدث الإصابة بالسكري. ومن اهم طرق الوقاية هي : تعديل العادات الغذائية والمحافظة على الوزن المثالي والنشاط البدني المنتظم.

إن متطلبات مرضى السكر من الأطفال والمراهقين مشابه تمامًا لمتطلبات الأصحاء من نفس الفئة العمرية، تُحدد احتياجاتهم من الطاقة مع الوضع في الاعتبار شهية الطفل وإذا كان نمو الطفل طبيعيًا فاحتياجاته من الطاقة يتم تقييمها بواسطة معرفة التاريخ الغذائي له من النظام اليومي للوجبات. وكما ان معدلات النمو التي يعرفها كل طبيب أطفال يتم استخدامها عند تشخيص مرض السكر من أجل تسجيل طول الطفل ووزنه لذا فإن ما يتم تناوله من الطاقة يقيم من خلال معرفة الزيادة في الوزن والنمو بشكل منتظم.

والحد من الأطعمة أو ان الطفل لا يكون له شهية ليس شيئًا محمودًا . وينبغي ان يكون النظام الغذائي فرديًا ويعتمد على معدلات الجلوكوز في الدم والبلازما ومتطلبات كل طفل للنمو. وتوصيات الغذاء لمرضى ومراهقي النوع الثاني من الجلوكوز تركز على:



- تجنب الزيادة في الوزن.
- إتباع أسلوب الحياة الصحي.
- المحافظة على النمو الطبيعي.
- ضبط معدلات الجلوكوز في الدم لتكون طبيعية.
- معرفة مخاطر التعرض لأمراض الأوعية الدموي مثل ضغط الدم المرتفع.
- ان يعي الجميع ان السكري ليس مرضا معديًا.
- ان السكري مرض لا يمكن الشفاء التام منه، ولكن يمكن التحكم فيه.

- دور الأسرة في مراعاة تعديل سلوك الأبناء لتشجيع عادات الطعام الصحية وممارسة النشاط الرياضي بانتظام.
- وضع خطة فردية غذائية لكل طفل وتكثيف علاج الأنسولين يعطى مرونة لكل طفل ومراهق لكي يتعامل مع أوقات الوجبات الغذائية غير المنتظمة، تذبذب الشهية ومعدلات الأنشطة.

وهناك بعض الإجراءات التي يجب على العاملين بالمدرسة القيام بها بعد معرفتهم أن طالبًا ما يعاني من مرض السكري، منها:

- الطلاب المصابون بالسكري يمكنهم المشاركة في جميع الأنشطة المدرسية، ولا يجب معاملتهم معاملة خاصة.
- التعرف على أعراض هبوط السكري وكيفية علاجه.
- يجب على إدارة المدرسة التواصل مع ولي أمر الطالب المصاب بالسكري ومعرفة علاجه والاحتياجات الخاصة به، وهواتف الاتصال في الحالات الطارئة.
- يجب على جميع العاملين بالمدرسة والسائقين معرفة الطالب المصاب بالسكري.
- التأكد من أن الطالب المصاب بالسكري تناول وجبه خفيفة أثناء الفسحة، وإعطائه الوقت الكافي لإتمام طعامه.
- ملاحظة الطالب المصاب بالسكري لأعراض الهبوط خصوصًا قبل موعد وجبة الطعام أو أثناء ممارسة الرياضة.
- إذا انخفض السكري لدى الطالب يعطي نصف كوب من العصير أو مشروب غازي يحتوي على السكر. أو كوب من الماء مع معلقة طعام واحدة من السكر، وينصح بفحص السكر في الدم بعد ١٠- ١٥ دقيقة، وإذا كان السكر ما زال منخفضًا فيجب إعطاؤه العصير مرة أخرى مع تناول وجبته المعتادة أثناء الفسحة أو ١٥ ملغم من الكربوهيدرات المعقدة مثل ٦ قطع صغيرة من البسكويت أو كوب من الحليب أو نصف كوب من الحليب المحلي بالفواكه أو قطعة واحدة من الخبز.

(٢) اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي:

تحدث تلك الاضطرابات نتيجة خلل في الجينات، ومن بين هذه الاضطرابات ما يلي :

☐ الفينيل كيتون يورياPhenylketonurea : هو أحد الأمراض الوراثية التي تحدث نتيجة وجود خلل في عملية التمثيل الغذائي بسبب نقص الإنزيم الذي يحول حامض الفينل الانين Phenylalanine إلى البروتين فيتراكم الحامض وتزداد نسبته في الدم وانسجة الجسم ويؤدي استمراره إلى موت الخلايا العصبية، وينتقل المرض كصفة متنحية يحكمها عامل متنحى مما يجعل ظهورها يتوقف على وجود هذا العامل لدى كلا الأبوين، اي يكون كلا منهما حاملا للصفة المتنحية، أما إذا كانت الأم مصابة فعلاً بهذه الحالة فإن بنية الرحم تحتوي على مستويات عالية من الفنيل الانين مما ينتج عنه تخلف عقلي مبكر وشديد. وتعالج الحالات التي تشخص مبكراً بتحديد نظام غذائي خال من الحمض الأميني (فنيل الأنالين) لذلك فإنه يلزم الدقة في تغذية الطفل ومراعاة استيفائه للعناصر الغذائية اللازمة لنمو الطفل.

☐ جلاكتوسيميا galactosemia: يحدث بسبب عدم قدرة الجسم على الاستفادة من الجلاكتوز (أي الفشل في تحويل سكر اللبن إلى سكر جلوكوز)، مما ينتج عنه زيادة نسبة تركيز سكر اللبن في الدمtyrosiemia فيؤثر على الجهاز العصبي ويؤدي إلى حدوث تلف في خلايا الدماغ.

☐ الهوموسيتين يوريا: وهو حامض اكتشف في دم وبول بعض حالات التخلف العقلي، ويحدث أيضًا بسبب اضطرابات في التمثيل الغذائي لحامض اميني يتسبب في وجود كرات دم في بول الطفل. وتؤثر هذه الأمراض على قياسات جسم المصاب كالطول والوزن وقد تكون سببًا في حدوث الإعاقة الجسمية أو الفكرية في الأطفال. ومن هنا تأتي ضرورة سرعة تشخيص حدوث هذه الأمراض فور ولادة الطفل لتجنب مضاعفاتها الصحية بواسطة العلاج الغذائي الذي له دور رئيس في الوقاية من حدوث مضاعفاتها الصحية السيئة على حياته.

ولا يمكن إنكار دور التغذية السليمة للإنسان منذ طفولته المبكرة في وقايته من حدوث بعض الأمراض المزمنة والوقاية من حدوث المضاعفات الصحية الخطيرة للأمراض الأيضية التي تكتشف عند ولادة الطفل.

(٣) سوء التغذية

يعبر اللفظ الطبي سوء التغذية «mulnutriation» عن حالتين هما ما يلي:

(أ) نقص التغذية **nutrient deficiency**:



وهو يعبر عن "نقص في السعرات الحرارية أو البروتين أو كليهما، أو نتيجة حدوث نقص شديد في واحد (أو أكثر) من الفيتامينات أو العناصر المعدنية في الجسم".

وقد تسبب حالات نقص التغذية الشديدة إلى حدوث علل صحية في أجسام بعض الأشخاص، ومن ثم إصابتهم بالإعاقة الجسمية. وتؤدي حالات نقص التغذية الشديد وخاصة بين الأطفال إلى قلة ما يحصلون عليه في طعامهم من السعرات الحرارية والبروتين، وهو شائع الحدوث في حالات المجاعة والكوارث الطبيعية. وتظهر حالات نقص التغذية على شكل حدوث مرض «الضوى marasmus» وهو يتميز بهزال شديد في الجسم تعيق المصاب من أداء أعماله اليومية الاعتيادية.

كما تسبب بعض أمراض نقص التغذية الشديد فقر الدم بأنواعه مثل مرض الثلاسيما، وفقر الدم المنجلي، والمرض الانزلاقي «celiac disease». وفيه يتصف المرضى بحالة الحساسية من مركب الجلوتين الموجود في القمح والشوفان، وبسوء حالة أجسام ضحاياه، وعجزهم عن أداء كثير من الأعمال التي توكل إليهم.

كما تؤدي حالات النقص الشديد في البروتين الغذائي نتيجة عدم توفر ما يكفي منه في الطعام إلى حدوث مرض «كواشيور»Kwashiorkor . كما تحدث مشكلات النقص الغذائي للطفل ذي الإعاقة نتيجة حدوث قصور عصبي عضلي في جسمه وسلوك عقلي غير



سوي. فعلى سبيل المثال يصاحب حدوث شلل في مخ الطفل ذي الإعاقة نقصًا في وزن جسمه، كما يعاني الأطفال الذين يشتكون من مشكلات في مضغ الطعام أو مصه نتيجة حدوث شلل جزئي في الوجه أو اللسان أو عضلات البلعوم من حالات نقص غذائي في أجسامهم، وهي حالات مرضية يحتاج علاجها إلى توفير تغذية متوازنة.

وتهيئ حالات النقص الغذائية نتيجة نقص أو غياب عنصر غذائي معين من الطعام (مثل البروتين أو عنصر معدني أو فيتامين) إلى حدوث علل صحية في الجسم قد تكون شديدة مثل حالات فقر الدم ومسامية العظام وهزال شديد في الجسم. كما أن حالات النقص الغذائي خاصة بالنسبة للأطفال نتيجة قلة ما يحصلون عليه من بعض العناصر الغذائية في طعامهم كالفيتامينات والمعادن تصبح عامل خطر لحدوث تأخير في قدرتهم على التعلم وضعف إدراكهم الذهني لأنها تؤثر على أدمغتهم. وبشكل عام يقبل الأشخاص المعاقون جسميًا على تناول العديد من الأدوية لعلاج شكواهم من مشكلات هضمية أو بولية أو التهابات مزمنة وغيرها، ويستعملونها فترة طويلة ومنها عقاقير تؤثر سلبًا على حالتهم الغذائية.

(ب) فرط التغذية over nutrition :

وهي تعني: "حصول الطفل على عدد من السعرات الحرارية تفوق احتياجاته منها". وقد يعاني المعاق من فرط الشهية أو من قلتها، فحدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي قد يؤدي إلى نقص الشهية عند بعض المرضى فلا يشعرون بالجوع. و من ناحية أخرى يمكن ان يؤدي حصول خلل أو عيب تطوري في الجهاز العصبي إلى عدم الشعور بالشبع و فرط الشهية عند المعاق، فيأكل بنهم و شهية كبيرة. لزيادة التغذية تأثير كبير على حدوث الإعاقة الجسمية بين افراد المجتمع وخاصة الأطفال. فتؤدي حالة فرط التغذية في صورة حصول الجسم على سعرات حرارية زائدة مصحوبة بقلة نشاط البدني إلى شكواه من حدوث بدانة

شديدة، وبالتالي إعاقة جسمية له. كما تكون زيادة التغذية سببًا رئيسًا في حدوث امراض مزمنة خاصة للأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي لحدوثها مثل: داء السكر، وأمراض القلب والدورة الدموية، وتصلب الشرايين.. وعلى نحو أدق يؤثر فرط استهلاك الدهون والكربوهيدرات في الأطعمة إلى زيادة خطر الإصابة بالبدانة وما يصاحبها من مضاعفات صحية في القلب، وارتفاع معدل حدوث بعض أنواع السرطان، ومرض السكر، وأمراض مزمنة أخرى.

وتؤدي زيادة التغذية نتيجة فرط استهلاك عناصر غذائية كالدهون والكربوهيدرات في الطعام إلى زيادة فرص حدوث أمراض في القلب والسرطان ومرض السكر وغيرها.

اما حالات زيادة التغذية لدى الأشخاص المعاقين فإنها تؤدي إلى لزيادة معاناتهم الجسمية والنفسية، بسبب ان الزيادة في أوزانهم والبدانة الشديدة قد تزيد من شكواهم من المضاعفات الصحية سواء على قياسات اجسامهم او تزيد معدل إصابتهم بالأمراض التي تصاحب البدانة كالتي سبقت الإشارة إليها.

(٤) السمنة (البدانة الشديدة)



تعرف البدانة بأنها: "عبارة عن تجمع غير طبيعي لكميات كبيرة من الدهون في الأنسجة الموجودة تحت الجلد وحول احشاء الجسم الداخلية كالقلب والرئتين والبنكرياس إلى درجة تصبح معها عبئًا إضافيًا على الأعضاء الحيوية في جسم الإنسان»

وتعتبر زيادة الوزن والسمنة من الأعراض المرضية السائدة عند مجموعة ليست قليلة من أطفال المدارس، وقد وجد أن نسبة انتشارها تبدأ في الازدياد في المرحلة المتوسطة وهناك بعض المؤشرات التي تبين أن الطفل السمين قد يصبح رجلا سمينا إذا استمر على نفس العادات الصحية الغذائية. ويعتبر المناخ العائلي عاملاً مساعداً للإصابة بالسمنة إذا لم تتم مراعاة الجوانب الصحية والغذائية.

إن السمنة تنتج عادة من قلة الحركة مع تراكم السعرات الحرارية الزائدة عن احتياج الفرد، وتخزينها في أجزاء مختلفة من الجسم على هيئة دهون. و تؤدي السمنة إلى زيادة المشكلات الصحية عند المعاق، فيصعب تحريكه أو نقله كما أن السمنة قد تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، و الإصابة بالداء السكري، و زيادة الدهون في الدم، و نقصان فاعلية الجهاز التنفسي. لذلك يجب مساعدة المعاق على أداء التمرينات الرياضية المناسبة و تناول الغذاء المتوازن و المناسب حتى يصل إلى الوزن الأمثل، ويؤدي تراكم كميات كبيرة من الدهون في اجسام الأشخاص البدناء إلى حدوث ضغوط خاصة على مفاصل العظام في أطرافهم السفلية وأسفل ظهورهم. لذا ينتشر بين البدناء حدوث الإصابة بالتهابات العظام والمفاصل والعمود الفقري. كما تتسبب البدانة الشديدة في حدوث تشوهات في مفصل الركبتين وتفلطح في القدمين وآلام فيهما والشكوى من آلام في أسفل الظهر قد تنتهي أحيانًا بأصحابها إلى الإعاقة الجسمية.

وقد تكون البدانة الشديدة سببًا لحدوث اضطرابات عقلية أو نفسية لدى بعض الأشخاص، وقد ربط بعض العلماء ارتفاع معدل حدوث مرض الزهايمر (مرض في الدماغ) وحدوث البدانة، حيث قامت الدكتورة «جوستافسون Gustafson» وزملاؤها في السويد بدراسة علمية استغرقت ١٨ سنة على ٣٩٢ رجل وامرأة كانت أعمارهم ٧٠ عامًا عند بدايتها. وأجريت لهم فحوص تخطيط المخ بشكل روتيني كل خمس سنوات لاكتشاف حدوث «الخبل dementia» كمؤشر على حدوث مرض الزهايمر، فاكتشفت حدوثه بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٧٩ - ٨٨ عامًا بنسبة أكبر بين زائدات الوزن ممن تتراوح أعمارهن بين ٧٠ - ٧٩ سنة. وتسهم البدانة الشديدة في زيادة معدل الوفاة وحدوث أمراض القلب وداء السكر وبعض أنواع السرطان ومشكلات في التنفس والتهاب المفاصل ومشكلات في خصوبة المرأة وزيادة خطر التدخل الجراحي والاكتئاب النفسي.

كما تؤثر البدانة على نوعية حياة الشخص عن طريق قلة حركته، وتنقص قدرته على ممارسة النشاط البدني وأحيانًا الإعاقة، بالإضافة إلى تأثيراتها على علاقاته الاجتماعية داخل مكان عمله ومنزله، حيث يتعرض الأشخاص البدناء لضغوط نفسية توثر على حياتهم الاجتماعية مع الآخرين.

ومن منظور عكسي ذكرت دراسات علمية انتشار حدوث البدانة نتيجة حدوث حالات الإعاقة الجسمية والفكرية، وهي تحدث نتيجة عوامل سلوكية للطفل ذي الإعاقة من ممارسة عادات غذائية خاطئة في تناول الطعام وقلة النشاط الجسمي في وجود عوامل بيئية يعزى لها مجتمعة ارتفاع معدل حدوث زيادة الوزن والبدانة في المجتمع.



كما اشارت الدراسة التي أجراها مركز المئوية لذوي الاحتياجات الخاصة http://www.q8ds.com، إلى ان من اهم المشكلات الغذائية التي يعاني منها معظم المصابين بمتلازمة داون تتمثل في السمنة بسبب قلة التمثيل الغذائي، ووجود خلل في مراكز الشبع في المخ، وصعوبة المضغ والبلع، وقلة النشاط والحركة، وقلة معدل النمو في الطول لديهم اقل من معدل النمو في الوزن. إضافة إلى إصابتهم بنقص في الفيتامينات. ونصحت الدراسة بإتباع عدد من القواعد الصحية عند تغذية هذه الفئة مثل التقليل من تناول الأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات (السكريات، النشويات)، والتقليل من تناول الأطعمة السهلة المضغ مثل الفطائر والساندويتشات والإكثار من تناول الخضراوات والفاكهة، وتحديد كمية الطعام وجعل ما بين الوجبات الغذائية مقتصراً على الأطعمة قليلة السعرات الحرارية، وشرب الحليب قليل الدسم، وعدم جعل الطعام وسيلة للثواب والعقاب، وتشجيعهم على ممارسة الأنشطة الرياضية التي تساعد على حرق الدهون، وزرع الثقة في نفوسهم وتعويدهم على العادات الغذائية الصحية منذ الصغر وتنظيم مواعيد وجباتهم.

ولذا يجب وضع برنامج غذائي للأطفال ذوي متلازمة داون لكل طفل على حدة يتناسب مع طوله ووزنه وعمره والوضع الاقتصادي والعادات والتقاليد الغذائية الخاصة بكل اسرة بحيث يركز البرنامج على ما يلي:

(١) التقليل من الأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات والأطعمة السهلة المضغ والبلع مثل الفطائر والكيك.

(٢) عدم جعل الطعام وسيلة للثواب والعقاب.

(٣) الإكثار من تناول الخضراوات والفاكهة بتقطيعها قطعًا صغيرة متناسبة ليسهل على من يعانون صعوبة في المضغ مضغها ثم بلعها.

(٤) تحديد كمية الطعام بين الوجبات وجعله مقتصرًا على الأطعمة قليلة السعرات الحرارية.

(٥) تشجيع الأطفال على ممارسة الرياضة التي تساعد على حرق الدهون.

(٦) إرشاد الأهالي ومساعدتهم في اختيار الأطعمة المناسبة لطفلهم واستبدال العادات الغذائية الضارة بعادات غذائية مفيدة وصحية.

(٥) تسوس الأسنان :

ينتشر تسوس الأسنان بين طلاب المدارس عامة وذوي الإعاقات بوجه خاص ، وللسكريات دور أساسي في حدوث التسوس، إلا أمن أكثرها ضررًا هو السكر المكرر (السكر الأبيض) والذي يستعمل في تحضير معظم المأكولات والمشروبات السكرية بما فيها الحلويات والمشروبات الغازية، ويزداد خطر السكريات في إحداثها للتسوس عند تكرار تناولها على مدار اليوم، وبين الوجبات الرئيسية، مما يجعل بيئة الفم مناسبة لتآكل طبقة السن الخارجية (المينا) باستمرار وبالتالي حدوث التسوس. والمأكولات السكرية اللزجة أكثر ضررا للأسنان.

ولشدة التصاقها على سطح السن وتفاعلها مع الطبقة الجرثومية (البلاك) وتكوين الحامض الذي يؤدي إلى تسوس الأسنان. وهناك عدة عوامل أخرى لحدوث التسوس مثل: وجود الكائنات الدقيقة بالفم، والتهاب الفم واللثة، وتشوه شكل السن، ووجود تشققات على سطح السن، وضعف بنية السن لعدم شرب الحليب. ومن مضاعفات تسوس الأسنان عجز السن عن أداء وظيفتها وهي قضم ومضغ وطحن الطعام مما يؤدي إلى سوء الهضم والذي بدوره قد يؤدي إلى بعض الاضطرابات المعوية.

العوامل المؤثرة على تناول الطعام عند المعاقين:

هناك عدد من العوامل التي تؤثر على تناول الطعام عند المعاقين من بينها ما يلي:

(١) عدم القدرة على المص :

في حال بعض الأطفال ذوي الإعاقات – الفكرية، والشلل الدماغي - تكون قدرتهم على المص محدودة، وقد تستدعى الحالة تغذية الطفل بالأنبوبة وخاصة في الشهور الأولى من العمر حتى يمكنه الحصول على احتياجاته من العناصر الغذائية المختلفة. وفي نفس الوقت يجب محاولة تقديم أطعمة بالفم مع الأنبوبة.. إن استخدام المصاصة لتناول السوائل تساعد كثيراً في تنمية القدرة على التحكم في عضلات الوجه والفم، كذلك التحكم في عملية التنفس، كما ثبت أن استعمال مصاصة السوائل ساعدت كثيراً من المرضي على تناول كفايتهم من السوائل.. في البداية يمكن استعمال مصاصة قصيرة ومحيطها صغير. وينصح بما يلي:

- ☒ يطلب من الطفل تناول شفطة واحدة في المرة حتى يستطيع الشفط المستمر.
- ☒ إذا كان من الصعب على الطفل أن يضغط على المصاصة بشفتيه، فيمكن مساعدته باليد والمصاصة المرنة تساعد في أحيان كثيرة وهي عبارة عن مصاصة بلاستيك مجهزه بأنبوبة بلاستيك مرنة طولها من ٣- ٤ سم، وهذه تتصل بالفم وذلك حتى نضمن عدم كسر المصاصة.
- ☒ مع تقدم حالة الطفل يمكن استعمال مصاصة اطول وزيادة محيطها، حتى يمكن تناول سوائل أكثر سمكاً، وذلك لاحتوائها على كمية اكبر من السعرات والعناصر الغذائية.

(٢) عدم القدرة على القضم والمضغ و البلع :

الطفل ذو الإعاقة القادر على التحكم في عمليات القضم والمضغ يمكنه بالطبع تناول أطعمه منوعة من حيث القوام ولذلك تكون وجباته مقبولة. اما في حالة عدم القدرة على القضم والمضغ فينصح بما يلي:

- ☒ تقدم للطفل ذي الإعاقة الأطعمة اللينة، والنصف صلبة حيث يتم خلط جميع الأطعمة بالخلاط وتقديما على هيئة حساء ثقيل.
- ☒ في حال إصابة الطفل ذي الإعاقة بشلل في الوجه، نجد أن الطعام قد يتراكم بين الأسنان، أو في جوانب الفم. في هذه الحالة يمكن دفع الطعام بالإصبع لمنع تراكمه.

☒ ينصح الطفل ذو الإعاقة بقضم كمية صغيرة في كل مرة، ويمكنه تحريك الطعام في الفم باستعمال اللسان. كذلك يجب مضغ وبلع كل قضمة من الطعام قبل اخذ طعام آخر.

☒ في حال عدم القدرة على البلع يعطى الطفل ذي الإعاقة الغذاء عن طريق الأنبوبة. ويلاحظ الطفل ذو الإعاقة دائما للتأكد من تقدمه أو تنميه قدرته على البلع، ويمكن معرفة ذلك من بلعه للعاب ام لا .

(٣) الارتداد المعدي - المرئيي (الترجيع):

إذا كان الطفل ذو الإعاقة يبصق او يختنق او يسعل أو يتقيأ باستمرار فقد يكون مصاب بارتداد هضمي. والذي يحصل عندما تسترخي عضلة المريء العاصرة السفلى فتسمح للمعدة بقذف محتوياتها إلى الأعلى من خلال المريء ليصل أحيانًا إلى الفم. ومن المضاعفات : قد تسبب حوامض المعدة مثلاً تهيج المريء مؤدية إلى ألم و نزف أو التهاب المريء. و يتعرض الأطفال المصابون بالترجيع لخطر الإصابة بذات الرئة التنفسي إذا استنشقوا إلى الرئة قطعًا من محتويات المعدة. ويمكن أن تساعد اساليب تغذية معينة في إيقاف الارتداد المعدي – المرئيي ومنها:

☒ زيادة كثافة الطعام بإضافة الحبوب إليه.

☒ إعطاء الطفل عددًا اكبر لكن أصغر من قطع الطعام.

☒ يجلس الطفل على كرسي أطفال شبه مستقيم لفترة تتراوح بين خمس و أربعين دقيقة وساعة كاملة بعد تناول الوجبة – لإعطاء معدته الوقت الكافي للبدء في عملية الهضم.

(٤) تناول ذوي الإعاقات للأدوية:

يتناول العديد من الأطفال والبالغين المعاقين انواعًا مختلفة من الأدوية لمعالجة حالات الصرع،أو فرط الحركة، أو تحسين المشكلات السلوكية، و التحكم في الأمراض المعدية أو الإمساك المزمن. و الأدوية التي تصرف عادة تشمل منبهات أو مثبطات للجهاز

العصبي المركزي و مسهلات. هذه الأدوية منها ما يؤثر على الشهية، و منها ما يؤثر على الاستفادة من بعض العناصر الغذائية:

- ☒ استعمال منبهات الجهاز العصبي المركزي، فقد تؤدي إلى فقدان الشهية، و الأرق، و الآم في المعدة. أما مثبطات الجهاز العصبي المركزي و المهدئات فتؤدي إلى زيادة الوزن إما نتيجة لتجمع السوائل في الجسم أو نتيجة لزيادة الشهية.
- ☒ كما أن المسهلات و الملينات تزيد من الاحتياج للسوائل و لبعض العناصر المعدنية لتعويض ما فقد نتيجة الإسهال، كما أن الاستعمال المزمن للمسهلات قد يؤثر على امتصاص بعض العناصر الغذائية، فالزيوت المعدنية التي تستعمل كمسهل تقلل من امتصاص الفيتامينات الذائبة في الدهون، وفيتامين أ، د، هـ، ك و كذلك الكالسيوم و الفوسفات.

(٥) وضعية تناول ذوي الإعاقات للطعام :

من المهم أيضًا الانتباه إلى الوضع الصحيح عند إطعام ذوي الإعاقات بما في ذلك وضع الراس والجسم والحوض والأطراف، فعدم قدرتهم على حفظ توازن الراس قد يؤدي إلى دخول السوائل والأطعمة إلى القصبة الهوائية بدلاً من البلعوم، مما يؤدي إلى مضاعفات خطيرة، ومن الأساليب المناسبة للتقليل من الخطورة ما يلي:

- ☒ يجب أن يكون الجزء العلوي من الجسم والراس في وضع عمودي قدر المستطاع.
- ☒ في حال صعوبة التحكم في حركة الفك ومع إمكانية التحكم في حركة الراس يمكن في هذه الحالة للقائم بالإطعام الجلوس أمام ذي الإعاقة، حيث يقوم بوضع إبهام يده ما بين الذقن والشفة السفلى، وتوضع السبابة على مفصل الفك ويثبت الإصبع الأوسط خلف الذقن مباشرة ثم يتم إطعامه باليد الأخرى.
- ☒ إذا كان الطفل يجلس على الكرسي المتحرك فيجب ضبط وضعه، وفك الأربطة التي قد تعوق عملية تناول الطعام أو تشعره بالضيق.
- ☒ في حال ذوي الإعاقات الذي لا يمكنهم التحكم في منطقة الوسط يمكن مساعدتهم على تثبيت جلوسهم على المقعد وذلك بربط منطقة الوسط والحوض بالمقعد.
- ☒ الطفل غير القادر على التحكم في منطقة الوسط يمكن مساعدته على تثبيت وضعه على المقعد بربط منطقة الوسط والحوض معا بالمقعد.

- في حال الطفل الأكبر سنًا يمكن تثبيت صينية تناول الطعام أو اللوحة المعدة لذلك بالمقعد من الخلف عن طريق حزام، حتى تبقى قريبة منه.
- يمكن أيضًا وضع الأقدام على دعامة أعلى من الأرض قليلاً لضمان ثبات الوضع. للأطفال صغار العمر يمكن استعمال المقعد المرتفع المجهز بحواجز من جوانبه الأربعة.
- من المهم- إذا كان إطعام الطفل يتم في البيت -التنسيق مع الفريق الصحي المعالج وذلك للوقاية من سوء التغذية سواء في حالة النحافة أو حالة السمنة.

(٦) أدوات الطعام الخاصة بذوي الإعاقات :

هناك أجهزة خاصة بتدريب ذوي الإعاقات على عملية تناول الطعام بأنفسهم. والهدف الرئيسي من هذه الأجهزة هو التدريب، حتى يمكن للطفل ذي الإعاقة الاستغناء عنها بعد فترة، والعمل بدونها إذا سمحت حالته بذلك. ومن المهارات التي تحتاج إلى أجهزة مساعدة حتى يمكن استعمالها أو التدريب عليها (الصعوبة في المص وعدم القدرة على المسك و عدم القدرة على استعمال اليدين بقوتهما الطبيعية، وبالتالي عدم القدرة على تنظيم حركة اليد إلى الفم).



- يستحسن أن تكون الأدوات التي يستعملها ذوو الإعاقات غير قابلة للكسر ويفضل استعمال الأطباق ذات الحواف العالية لمنع انسكاب الطعام أثناء تناوله.
- إن استعمال الملاعق والشوك المزودة بيد لولبية تثبت بيد الطفل ذي الإعاقة تفيد في حالة

عدم القدرة على المسك. كذلك استعمال الشوكة أسهل بكثير من استعمال الملعقة، حيث انه من الأسهل غز الشوكة في الطعام عن وضعه في الملعقة.

- ☒ استخدام أكواب ذات قواعد ثقيلة كي تظل ثابتة لا تنسكب محتوياتها إذا كان الطفل يعاني ضعف التوافق الحركي فيكون ذلك افضل.
- ☒ استخدام الفنجان المجهز بأذنين والخفيف الوزن حتى يمكن مسكه بسهوله من الأذنين.
- ☒ الطفل ذو الإعاقة الذي يعانى من عدم القدرة على التحكم في الأطراف العلوية يمكن رفع مستوى المنضدة حتى تقلل الحركة بالنسبة لليدين بقدر الإمكان.
- ☒ الأطباق ذات الجوانب العالية يمكن استخدامها في حال عدم القدرة على تنظيم أو تناسق حركة اليدين، وتثبيت الطبق في المنضدة مهم جدا لعدم انزلاقه.
- ☒ معظم حالات الإعاقة أو عدم القدرة على تناول الطعام تتحسن باستعمال هذه الأجهزة المساعدة.

والجدول التالي يوضح أهم مشكلات التغذية التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقات وسبل التقييم وأهم الأساليب العلاجية:

المشكلة	التقييم	الأساليب العلاجية
الطفل يعاني من سوء شهية	❖ كم يتناول الطفل من الغذاء والعناصر الغذائية ؟ ❖ هل يستهلك عناصر غذائية بكميات قليلة؟ ❖ هل تم تحضير الطعام بطريقة ملائمة؟	❖ قلل من تناول الطعام بين الوجبات واجعله مقتصراً على أطعمة ذات قيمة غذائية عالية.

المشكلة	التقييم	الأساليب العلاجية
قصور في إطعام الذات	❖ هل يستطيع تحريك فمه؟ ❖ هل يستطيع مسك الملعقة؟ ❖ هل الإعاقة لا تسمح له بإطعام ذاته؟ ❖ هل يستطيع الطفل الجلوس بدون إسناد في وضع قائم؟ ❖ هل يلقى الطفل انتباهًا حين يطعم نفسه؟ ❖ هل هناك ما يلفت انتباه الطفل و يشغله عن تناول الطعام؟	❖ إذا كانِ الطفل مستعداً حاول تعديل سلوكه، اي تدريبه على حركات إطعام الذات. ❖ عزز محاولات الطفل ذات العلاقة بمسك الملعقة ووضعها في الصحن و نقلها للفم وإغلاقه عليه ثم إعادتها للصحن. ❖ استشر المعالج الوظيفي أو الطبيعي حول الوضع السليم لإجلاس الطفل.
يرفض الطفل أنواعًا معينة من الأطعمة.	❖ هل تم تحضير الطعام بطريقة ملائمة؟ بطريقة ملائمة؟ ❖ هل تناول الطفل الطعام المقدم من قبل؟ ❖ هل رأى أحداً يتناول الطعام المقدم؟	❖ استمر في تقديم كميات قليلة من الطعام المرفوض. ❖ عزز قبول الطفل للطعام المرفوض بإعطائه أطعمة أخرى يحبها ❖ قدم الطعام للطفل مع آخرين ليكونوا مثالاً له.
يرفض الطفل قضم الطعام	❖ هل يعاني الطفل من تسوس الأسنان أو سوء إطباق؟ ❖ هل أعطي في السابق أطعمة تحتاج إلى قضم؟	❖ استشر طبيب الأسنان. ❖ قدم أطعمة سهلة القضم و المضغ كالموز و البسكويت. ❖ ساعد الطفل على إغلاق فمه، عزز تجربة الطفل في القضم بأمور اجتماعية محببة.

المشكلة	التقييم	الأساليب العلاجية
يرفض الطفل مضغ الأطعمة الصلبة	❖ هل يعاني الطفل من فرط أو نقص التوتر الذي يعيق المهارات الحركية الفمية؟ ❖ هل يعاني الطفل من تسوس الأسنان؟ ❖ هل الإعاقة شديدة بحيث لا يتمكن الطفل من المضغ ؟ ❖ هل اللقمة كبيرة بحيث لا يستطيع مضغها بشكل جيد؟	❖ استشر المعالج الوظيفي أو الطبيعي أو معالج النطق فيما يتعلق بالمهارات الحركية الفمية وبتحفيز المنطقة حول الفم والشفتين قبل التلقيم. ❖ استشر طبيب الأسنان. ❖ أعط لقيمات صغيرة و عززها بإعطائه أطعمة يحبها أو بأمور اجتماعية.
الطفل يعاني من فقدان الشهية	❖ كم يتناول الطفل من الغذاء و العناصر الغذائية ؟ ❖ هل يستهلك عناصر غذائية بكميات قليلة؟ ❖ هل تم تحضير الطعام بطريقة ملائمة؟ بطريقة ملائمة؟ ❖ هل نمو الطفل طبيعي بالرغم من سوء الشهية؟ ❖ هل يأكل الطفل بين الوجبات؟ ❖ هل يكون الطفل متعبًا وقت الوجبة ؟ ❖ هل يعاني الطفل من حرمان عاطفي؟ ❖ هل يتناول أدوية مثبطة للشهية؟	❖ نسق ما بين أوقات الوجبات وجرعات الأدوية. ❖ تناول الأطعمة العالية في السعرات الحرارية والقيمة الغذائية. ❖ زيادة عدد الوجبات ذات القيمة الغذائية بكميات قليلة.

المشكلة	التقييم	الأساليب العلاجية
نقصان أو عدم زيادة الوزن مع زيادة العمر	❖ هل يتناول كميات كافية من الطعام؟ ❖ هل يتناول كمية كافية من السعرات الحرارية؟ ❖ هل بعض العناصر الغذائية غير كافية؟ ❖ كم عدد مرات تناول الطعام في المنزل او المدرسة يوميًا؟ ❖ هل يتناول الطعام في أوقات محددة؟ ❖ هل يعاني من اي امراض لها علاقة بفقدان الوزن؟ ❖ هل يعاني من الإسهال؟ ❖ هل يعاني من التقيؤ؟ ❖ هل الطفل أصلاً نحيل؟ ❖ ما مدى نشاط المعاق؟	❖ تسجيل كمية و نوعية ما يؤكل حتى يمكن تقييم الحالة الغذائية للمعاق؟ ❖ تغذية المعاق بكميات قليلة من الطعام مع زيادة عدد المرات، و تزويده بأطعمة عالية القيمة الغذائية و السعرات الحرارية مثل: وضع خليط الحليب وزبدة اللوز على الخبز و الفاكهة أو إضافة الآيس كريم إلى الحليب أو إضافة العسل، المايونيز، الزبدة، المكسرات المطحونة إلى الطعام. ❖ عند الحاجة يمكن استخدام بعض التركيبات الجاهزة بعد استشارة الطبيب أو اخصائية التغذية.
الإمساك	❖ هل يتناول كمية كافية من السوائل ؟ ❖ هل يتناول كمية كافية من الألياف؟ ❖ هل يتناول أدوية تسبب الإمساك؟ ❖ هل يعاني من ألم أو انتفاخ في البطن؟ ❖ هل يمارس تدريبات رياضية ؟	❖ زيادة تناول الألياف الغذائية الموجودة في الخضار والفاكهة والحبوب (النخالة، الشوفان، سيريلاك القمح). ❖ زيادة تناول السوائل مثل العصائر ❖ الإقلال من تناول التفاح والموز والزبادي. ❖ تنظيم تدريبات رياضية يومية قدر الإمكان.

المشكلة	التقييم	الأساليب العلاجية
زيادة الوزن أو السمنة	❖ ما هي نوعية الطعام المتوفرة بالمنزل؟ ❖ ما هي الخطوات التي اتخذت لمعالجة زيادة الوزن أو السمنة؟ ❖ هل الزيادة في الوزن حديثة ؟ ❖ ما هو شعور الأسرة تجاه زيادة الوزن؟ ❖ هل يشجع المعاق على تناول الطعام؟ ❖ ما مدى نشاط المعاق؟ ❖ ما هي نوعية و كمية الأطعمة التي بين الوجبات؟	❖ إعطاء حليب خال من الدهن بدلا من الحليب كامل الدسم ❖ تناول الفاكهة بدلاً من الحلويات. ❖ الإقلال من الأطعمة المقلية وصلصات السلطات. ❖ إعطاء أكلات قليلة السعرات الحرارية بين الوجبات. ❖ زيادة تناول الخضراوات و الفاكهة مع الإقلال من المأكولات الدهنية. ❖ التشجيع بالنشاطات الاجتماعية و ليس بالمأكولات.

خدمات التدخل المبكر



- مفهوم التدخل المبكر.
- أهمية التدخل المبكر.
- أهداف التدخل المبكر.
- الفئات المستهدفة.
- فريق التدخل المبكر.
- دور الأسرة في فريق التدخل المبكر.
- إستراتيجيات التدخل المبكر.
- نماذج التدخل المبكر.
- إجراءات التدخل المبكر.
- خطوات تقديم الخدمات بمراكز التدخل المبكر.
- معوقات التدخل المبكر في الدول العربية والدول النامية

الفصل الحادي عشر

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) تعميق المفاهيم الخاصة بالتدخل المبكر.

(٢) التعرف على أهمية التدخل المبكر.

(٣) شرح أهداف التدخل المبكر .

(٤) الإلمام بالفئات المستهدفة ببرامج التدخل المبكر.

(٥) التعرف على فريق التدخل المبكر .

(٦) القدرة على معرفة إستراتيجيات التدخل المبكر.

(٧) التعرف على نماذج التدخل المبكر.

(٨) تمكنهم من فهم إجراءات التدخل المبكر التي تقوم بها الأسرة والمؤسسات المتخصصة.

(٩) توسيع قاعدة معلوماتهم لفهم خطوات تقديم الخدمات بمراكز التدخل المبكر.

(١٠) صقل ممارساتهم لاستنباط معوقات التدخل المبكر في الدول العربية والدول النامية .

الفصل الحادي عشر
خدمات التدخل المبكر
Early Intervention services

مُقَدِّمَة

تعتبر مرحلة العامين الأوليين ومرحلة الطفولة المبكرة "من الولادة وحتى الخامسة من العمر" مرحلتين حاسمتين في حياة الإنسان حيث إنها سنوات تزخر بفترات النمو الحرجة، حيث تستوجب المشكلات الطبية أو البيولوجية أو البيئية الخطيرة سرعة الاهتمام والتعامل معها لتحقيق اقصى قدر من النمو. ومن ثم فإن التعرف المبكر على الأطفال الذين يكون مسار نموهم متأخرًا يكون ضروريا من أجل البدء في الإجراءات المناسبة لتصحيح المشكلات والقضاء عليها.

وقد شهد العقدين الحالي والسابق توسعًا سريعًا في كثير من دول العالم لخدمات وبرامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون السادسة من العمر. نتج هذا التطور من تفاعل مجموعة من العوامل يأتي في مقدمتها:

(١) زيادة الوعي بأهمية الخبرات المبكرة في المراحل الأولى من العمر في نمو وارتقاء الإنسان خاصة ذوي الاحتياجات الخاصة.

(٢) التحول الذي حدث في فلسفة الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في المنزل ودار الحضانة و الروضة.

(٣) الاعتراف بأن الرضع وأطفال الحضانة ذوو الاحتياجات الخاصة لهم حقوق في الحصول على فرص متساوية مع اقرانهم العاديين .

إن ميدان التدخل العلاجي المبكر ميدان متفرد يتطلب توجهات جديدة ومبتكرة، لا تكون مجرد امتداد تنازلي لخدمات التربية للأطفال في سن المدرسة، أو مجرد نقل وتكرار للبرامج والأساليب المستخدمة في رياض الأطفال. ذلك إن الأهداف العامة للتربية الخاصة

للأطفال من سن الميلاد حتى دخول المدرسة الابتدائية تختلف عن أهدافها في المراحل العمرية التالية، فالهدف هنا تسهيل او تدعيم نمو الأطفال الصغار عن طريق التدخل في الوقت المناسب قبل أن تؤدي الإعاقة او ظروف الخطر النمائي إلى تغيير أو ربما هدم نموهم وإمكاناتهم في المستقبل، وايضًا منع او الوقاية من ظهور الإعاقات الثانوية، وأخيرًا تدعيم الأسرة لكي تقدم افضل رعاية لأطفالها المعاقين او من هم في خطر بيولوجي ولادي او بيئي بسبب العجز او ظروف الخطر (الهويدي ، ب. ت).



ويسهم التدخل المبكر إلى حد كبير في تأهيل وتطوير حياة الأطفال ذوي الإعاقات، حيث اثبتت الدراسات والتجارب العلمية، ان تطور الحالات وتحسنها يكونان أفضل بكثير، إذا كان الأطفال يخضعون لبرنامج تعليمي منظّم، بدرجة عالية ومكثفة عند سن عامين إلى ثلاث سنوات، ما يدع الفرصة أكبر لتطورهم ونموهم العقلي، واكتساب الخبرات والتفاعل مع المحيط الذي حوله، مما يؤدي إلى تنمية القدرات المعرفية والاجتماعية لديهم.

ومن جانب آخر نجد أن القوانين الأمريكية الفيدرالية تشتمل على مقدمات مصممة لضمان حصول أطفال ما قبل المدرسة ممن تتراوح أعمارهم بين ٣- ٥ سنوات على خدمات التربية الخاصة الملائمة وتشجيع الخدمات المشابهة لصغار الأطفال منذ الميلاد وحتى العامين من أعمارهم وهذه الخدمات تتطلب فريق متعدد التخصصات، فيتم عمل برنامج بين المؤسسات المختلفة التي تقوم بتنسيق مجموعة منوعة من الخدمات لهؤلاء الأطفال الصغار والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة وأسرهم، وتقوم الولايات بتصميم برامج تشارك فيها العديد من المؤسسات التعليمية ومؤسسات الخدمة الإنسانية لتقديم الخدمات المختلفة مثل: الخدمات الطبية، والتقييم

التربوي، والتدخل لعلاج اللغة والكلام، والعلاج الطبيعي، والإرشاد وتدريب الوالدين، ويتم تحديد وتنفيذ البرامج بناء على خطة الخدمات الأسرية الفردية التي يقوم بتطويرها فريق متعدد التخصصات ويشمل والدى الطفل.

والمكونات الأساسية لتلك البرامج هي : الاكتشاف المبكر وحل المشكلات التي تؤدي إلى تأخر النمو لزيادة قدرة الطفل على الحياة بشكل مستقل في المجتمع. وتنسيق تلك الجهود مع برامج الطلاب في عمر المدرسة لتحسين انتقال صغار الأطفال من مرحلة الطفولة المبكرة إلى البرامج المدرسية. ويتم توفير العديد من خيارات البرامج للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، وتقوم المناطق بتقديم منهج متصل من الخدمات يتراوح من صفوف التعليم العام إلى البرامج المنفصلة المكثفة، وأغلب الطلاب المعاقين قادرين على النجاح في برامج التعليم العام إذا قدمت لهم خدمات مساندة ملائمة.

وهكذا يمكن القول إن برامج التدخل المبكر تقدم للأطفال الذين لديهم إعاقة أو الذين هم عرضة لخطر الإعاقة منذ لحظة الولادة أو لحظة اكتشاف الإعاقة أو لحظة التعرف على عوامل الخطر وحتى سن السادسة (سن المدرسة).

مفهوم التدخل المبكر:

يستخدم الآن مصطلح التدخل المبكر بديلاً عن مصطلح " الوقاية " الذي كان شائعًا في الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين الماضي. وكان التصور في ذلك الوقت أن التربية التعويضية هي نظام يمكن من خلاله مساعدة الأطفال الذين ينمون في بيئة غير ملائمة على النجاح في المجتمع العادي، وكان ينظر إلى هذه المساعدة على أنها تقي أو تمنع تأثير المتغيرات السالبة. وقد حدث تغير سريع في اتجاه الوقاية من العجز، ومن ثم ظهر مصطلح التدخل المبكر: والذي يعرف بأنه "مجموعة من التدخلات الموجهة لأطفال يتراوح عمرهم بين (الميلاد – ٦) سنوات وللأسرة وللمجتمع المحيط بهدف الاستجابة في أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة أو الدائمة التي يحتاجها الأطفال ذوو الاضطرابات في النمو ، أو الذين هم في خطر الإصابة به ، وهذه التدخلات يجب أن تتعامل مع الطفل ككل ، ويجب أن

يتم تخطيطها من طرف فريق من الأخصائيين في التوجيه المتعدد التخصصات" (الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائيي التدخل المبكر، ٢٠٠٥، ١٣)

التدخل المبكر إذن عدد من الإجراءات والممارسات الطبية والتربوية والنفسية الوقائية للكشف عن الأطفال الصغار من عمر الميلاد وحتى عمر السادسة ممن هم معرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة او ذوي احتياجات نمائية او تربوية خاصة.

وتعرف خدمات التدخل المبكر بأنها (خدمات تربوية وصحية واجتماعية تترك اثرا على الأطفال وأسرهم في وقت الأزمات التي تحيط بميلاد أو اكتشاف طفل مختلف قليلا او كثيرا وسواء تضمن الاختلاف الضعف الطبي أو حالة إعاقة معروفة أو الانتماء إلى مجموعة عرضة للخطر مثل الأطفال الخدج (المبتسرين).

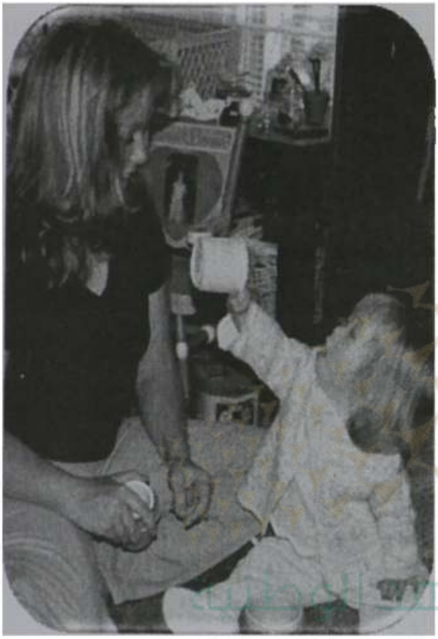
والتدخل المبكر وجد من اجل رعاية هذه الفئات المتباينة من الأطفال الذين هم في السنوات الست الأولى من اعمارهم. وبرامج التدخل المبكر تقدم خدمات لا توفرها الحضانات ورياض الأطفال العادية. وغالبا ما تشمل هذه الخدمات :

- التقييم الطبي والتربوي - النفسي الشامل.
- تصميم برامج تربوية فردية خاصة.
- تقديم خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي
- إرشاد أسرة الطفل والعمل معها بشكل متواصل
- تعديل الأساليب والأدوات التعليمية لتصبح ملائمة لخصائص الطفل وقدراته وغير ذلك من الاعتبارات التربوية والعلاجية الفريدة.

والتدخل المبكر يوصف عادة بأنه (تربية خاصة مبكرة) وفي السنوات الخمس الأولى من العمر يتعلم الطفل معظم المهارات اللغوية والإدراكية والاجتماعية التي تعد أساس وضع النمو في المستقبل.

والتعرف المبكر مرحلة أولية تسبق مرحلة التشخيص وقد تقوم بها الأمهات او الآباء او المعلمين. وتتضمن معايير للنجاح أو الفشل في مواقف اختباريه سريعة التي على ضوئها تتم

إحالة الطفل إلى المختصين لتشخيص حالته واتخاذ القرار نهائي بشأن وجود أو عدم وجود حالة ضعف. إن من السهل الكشف عن الضعف الشديد أو عن وجود حالة متلازمة داون منذ اللحظات الأولى من حياة الطفل.



إن التعرف المبكر يعني: "فرز الأطفال الذين يعانون من ضعف أو الذين يشتبه بأن لديهم ضعف أو الذين لديهم قابلية للتعرض لعوامل الضعف أو الخطر". ومن الممكن القيام بهذه العملية (بغض النظر عن عمر الطفل) أثناء الحمل ومعرفة الخطر قبل الحمل.

وفي الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقا حيث إنه لم يعد يقتصر على الأطفال الرضع الذين يعانون إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية.

فالتعريف المتداول حاليًا للتدخل المبكر هو أنه يعني: "توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون الثالثة من أعمارهم ولأسرهم أيضا". والتدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات والأنشطة المعقدة والدينامية متعددة الأوجه وتبعا لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميدانا متعدد التخصصات كذلك فهو ميدان يتمركز حول الأسرة حيث إنه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دورًا رئيسًا في تنفيذ الإجراءات العلاجية فبرامج التدخل الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على ان الطفل لا يمكن فهمه جيدا بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها.

أهمية التدخل المبكر:

تكمن اهمية التدخل المبكر في سنوات الطفولة الأولى وتحديداً في ما قبل سن المدرسة في ان تنمية المهارات المركبة لتوجيه الجسم والجلوس والوقوف والمشي والجري والتوازن إلى جانب نمو المهارات اللفظية والكلام والتحكم في عملية التبول وعادات الطعام المقبولة تعتبر ذات اهمية قصوى في مساندة الطفل على التكيف مع البيئة بالإضافة إلى تطوير قدراته العقلية واللغوية والاجتماعية.

ولقد اثبتت البحوث العلمية مما لا يدع مجالاً للشك ان برامج التدخل المبكر تغير سلوك الأطفال وهذا التغير في السلوك قد يتمثل بزيادة مستوى استقلالية الطفل وتحسن قدرته على العناية بذاته، واكتسابه انماطاً سلوكية جديدة لم يكن قادراً على القيام بها، وتطور معدلات النمو لديه سواء من الناحية المعرفية او اللغوية أو الحركية أو الاجتماعية - الانفعالية.

وهذه الحقيقة جعلت بعض الرواد في ميدان التربية الخاصة يؤكدون على أن التدخل المبكر يحسن السلوك ويعتقدون أن معظم حالات الإعاقة ما كان لها أن تحدث لو أن الأطفال لم يتعرضوا لظروف بيئية سيئة. فالدراسات تبين ان سلوك الأطفال الذين يعيشون في بيئة محرومة أو مضطربة يتحسن بشكل ملحوظ عندما يوضعون في ظروف بيئية أفضل.

ويعتبر التدخل المبكر مهماً للأسباب التالية:

(١) إن التدخل المبكر هو وقاية من تطور الإعاقات عن طريق تطوير وتدعيم النمو.

(٢) ان التدخل المبكر يتم في مرحلة نمو حرجة وحساسة يكون التعلم فيها أسرع وأسهل من اية مرحلة عمرية سابقة.

(٣) ان التدخل المبكر يضمن جدوى اقتصادية لدى اسر المعوقين توفر اعباء مادية جسيمة كانت تتمثل في الإقامة الدائمة بمؤسسات الرعاية.

(٤) لأن التدخل المبكر جهد مثمر من الناحية الاقتصادية لأنه يقلل من النفقات المخصصة للبرامج التربوية اللاحقة.

(٥) لأن التدخل المبكر يجنب الوالدين وطفلهما المعوق الدخول في صعوبات ومشكلات نفسية كبيرة لاحقاً .



(٦) لأن التعلم الإنساني في السنوات الأولى من حياة الطفل يكون أسهل وأسرع من التعلم في المراحل العمرية اللاحقة.

(٧) لأن السنوات الأولى من عمر الطفل المعوق الذي لا تقدم له برامج تأهيلية تعتبر سنوات حرمان وفرص نمو ضائعة قد تؤدي إلى مزيد من التدهور النمائي.

(٨) لأن الطفل كلما نما وكبر زادت احتياجاته ومتطلباته وشعر الأهل بالعجز عن تلبية هذه الاحتياجات.

(٩) لأن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل تلعب البيئة وخصوصًا البيئة الأسرية دورًا أساسيًا فيه.

(١٠) لأن اي تأخر نمائي خلال السنوات الخمس الأولى من العمر يعتبر مؤشرًا دالاً قد يؤدي إلى احتمال حصول مشكلات خطيرة في مراحل الحياة اللاحقة.

(١١) لأن للأسرة والأهل دورًا مهمًا حيث انهم بمثابة المدرسة الأولى في حياة اي طفل ولأن المدرسة لا يمكن بأي حال ان تكون بديلاً عن الأسرة.

(١٢) لأن مراحل النمو وحاجاته ومظاهره متداخلة وإن عدم معالجة تأخر احد جوانب النمو حال اكتشافه سوف يؤدي إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

(١٣) لأن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث عادة في السنوات الأولى من العمر.

(١٤) لأن والدي الطفل وباقي افراد أسرته يحتاجون للمساعدة في المراحل الأولى للإعاقة حتى لا تتكون عندهم اتجاهات سلبية وحتى لا تترسخ عندهم انماط سلبية من التنشئة.

(١٥) لأنه وبدون التدخل المبكر فإنه من المتوقع حدوث تأخر نمائي يزيد الفارق بين الطفل المعوق وأقرانه من الأطفال غير المعوقين ويجعل الفارق أكثر اتساعا مع مرور الزمن.

ويمكن تلخيص مبررات التدخل المبكر في عدة نقاط منها :

(١) اهمية المؤثرات و المتغيرات المحيطة على تشكيل عملية التعلم. خاصة إذا ما أخذنا في الاعتبار عدم ثبات القدرات العقلية في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، ولذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سوف يسهم بالتأكيد في تنمية قدراته المختلفة.

(٢) تشير الدلائل بشكل مؤكد إلى الجدوى الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات بشكل مبكر وخاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها، او عدم تقديمها مبكراً ، وكذلك في إمكانية التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية اللاحقة.

(٣) تشير نتائج الدراسات ولبحوث السابقة إلى وجود فترات نمائية حرجة وعلى الأخص في السنوات الأولى من حياة الطفل حيث يكون أكثر عرضة وحساسية وتأثراً بالخبرات المحيطة. وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن أن يطور الأنماط الأولى من التعلم والسلوكيات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسة لجميع مهارات النمو اللاحقة.

(٤) في ظل عدم توفر برامج الرعاية المبكرة فإن ظروف الإعاقة وكذلك حالات الأطفال الأكثر عرضه لخطر الإعاقة يمكن ان تؤثر سلبًا على تعلم الطفل وتنمية قدراته.

(٥) يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين انماط بناءة ومنظمة من العلاقات مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية والتنشيط والاستشارة و التدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة.

أهداف التدخل المبكر :

إن الهدف الرئيس للتدخل المبكر هو أن يتلقى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في نموهم أو من هم في خطر الإصابة به تدخلاً يقوي قدرتهم على التطور والعيش الرغد ويسمح باندماجهم الكلي في الوسط العائلي والمدرسي ويمكنهم من الاعتماد على أنفسهم وكل التدخلات التي تتم في التدخل المبكر يجب الا تهتم فقط بالطفل وإنما أيضًا بأسرته ومحيطه، ويمكن استخلاص مجموعة من الأهداف الخاصة بالتدخل المبكر على النحو التالي :

(١) خفض وتقليص مضاعفات عجز أو إعاقة على المجموع الكلي لعملية نمو الطفل .

(٢) تحسين مسار نمو الطفل إذا كان ذلك ممكنًا .

(٣) إدخال الآليات اللازمة للتعويض وإلغاء الحواجز والملائمة بين احتياجات المعاقين.

(٤) تفادي أو تخفيض ظهور نقص أو آثار ثانوية أو مرافقة ناتجة عن خلل أو وضعية خطيرة جدًا.

(٥) الاستجابة وتلبية احتياجات ومطالب الأسرة والمحيط حيث يعيش الطفل.

(٦) اعتبار الطفل فردا فاعلا للتدخل(الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائيي التدخل المبكر، ٢٠٠٥، ص ١٧) .

من هنا يمكن تحديد أهداف التدخل المبكر بأنه يعمل على :

(١) تسهيل مهمة الأطفال في عمليات التعلم اللاحقة.

(٢) توفير المساندة للطفل المعوق ولأسرته والإسهام في وقاية الطفل من الوقوع في مشكلات إضافية.

(٣) مساعدة أسر المعوقين على التكيف مع حالة الإعاقة وتطوير إستراتيجيات ومهارات التعامل مع أطفالهم. وتشير الدراسات والبحوث العلمية على المستوى العالمي إلى ان التدخل المبكر يكون أكثر فعالية عندما:

- يحدث في اسرع وقت ممكن.
- يشارك أولياء الأمور بنشاط في فعالياته.

- يستثمر القدرات المتبقية عند الأطفال.
- يشمل برامج لتطوير مهارات الاستعداد للتعلم (مهارات الاستعداد الأكاديمي) والمهارات المعرفية.

الفئات المستهدفة لبرامج التدخل المبكر:

يتفق الباحثون على وجود ثلاث فئات من الأطفال الذين يجب حصولهم على خدمات التدخل المبكر، وهم : الأطفال الذين يوجد لديهم بالفعل مشكلة أو عجز محدد، والأطفال الذين في حالة خطر بيولوجي، والأطفال الذين في حالة خطر بيئي . ويضيف بعض الباحثين فئة اخرى هم الأطفال المتأخرين نمائيًا. ويلاحظ ان كل هؤلاء الأطفال هم في خطر، سواء كان الخطر محددًا ومعروفًا حاليًا ، او يتوقع حدوثه في المستقبل. وأهم هذه الفئات ما يلي:

الفئة الأولى: الأطفال المعرضين لخطر قائم

وهم الأطفال الذين تم تشخيصهم رسميًا وتبين وجود اضطرابات طبية محددة، معروف في الغالب أسبابها وأعراضها. وتضم هذه الظروف بعض الاضطرابات الصبغية، مثل (زملة دوان وحالة الفينل كيتون يوريا (PKU) وهي أحد أنواع اضطرابات الأيض. والتشوهات الخلقية، والاضطرابات العصبية مثل (الشلل الدماغي)، والاضطرابات الحسية. والأطفال في هذه الفئة ليس من الضروري ان يظهر عليهم حاليًا تأخر نمائي، ولكن احتمال حدوث ذلك لا يقل عن ٩٠٪، أو ٦٥٪ كما يذهب البعض، والمحك المستخدم هنا هو التشخيص الطبي.



الفئة الثانية: الأطفال ذوو خطر بيولوجي

هم أطفال لديهم تاريخ مرضي قبل الميلاد أو أثناء الوضع أو بعد الميلاد يرجح وجود خطورة بيولوجية على نمو الجهاز العصبي المركزي. والأطفال في هذه الفئة لا يوجد لديهم حاليًا عجز أو إعاقة، ولكن هذه الظروف البيولوجية تزيد من احتمال ظهور تأخر نمائي أو مشكلات في التعلم في المستقبل إذا لم يحدث تدخل علاجي. وتوجد قائمة محددة لهذه الظروف الخطرة تم وضعها في ضوء نتائج الدراسات والبحوث. والمحك المستخدم هنا وجود عامل واحد على الأقل من هذه القائمة اعتمادًا على قرار فريق تقييم متعدد التخصصات.

ومن أهم عوامل الخطر البيولوجي إدمان الأم الحامل للمخدرات، والولادة المبتسرة ووزن ناقص للطفل الوليد، ونظرًا للتقدم الذي حدث في العلوم الطبية فقد اختلفت معايير الولادة المبتسرة وقلة الوزن التي تجعل الطفل الوليد في خطر بيولوجي، مع ملاحظة أن الكثير من الأطفال الذين يولدون في ظروف خطر بيولوجي أو طبي يحدث لهم شفاء من هذه الظروف بدون تدخل علاجي رسمي.

الفئة الثالثة: الأطفال ذوو خطر بيئي

الأطفال في هذه الفئة لا يعانون من اضطرابات بيولوجية أو وراثية، وظروف الحمل والولادة كانت عادية، ولكن نوعية خبراتهم المبكرة والظروف البيئية التي ينشأون من خلالها تمثل تهديداً محتملاً للنمو السوي للطفل، كما ترجح ظهور مشكلات سلوكية ومعرفية وانفعالية في المستقبل، وتتعلق عوامل الخطر هنا بنوعية رعاية الأم، والاستشارة المتوفرة، وسوء التغذية، ونقص الرعاية الطبية، وبيئة الأسرة الفقيرة اقتصاديًا وثقافيًا . المحك المستخدم هنا أيضًا يعتمد على قرار فريق التقييم متعدد التخصصات.

الفئة الرابعة: الأطفال المتأخرون نمائيًا

هذه الفئة من الأطفال يضعها البعض ضمن الفئة الأولى - الأطفال المعرضين لخطر قائم - وهو الأمر الشائع كما ذكرنا، والبعض الأخر يعتبرها فئة منفصلة اعتمادًا على

حدوث التأخر النمائي بالفعل لدى الطفل في أول سنتين من العمر في مجالين أو أكثر من مجالات النمو. يستخدم هنا القياس النفسي والمحك الإكلينيكي. ويعتبر حصول الطفل على درجات تتراوح بين واحد إلى اثنين انحراف معياري دون المتوسط على قياس مقنن للنمو دليلاً على وجود تأخر نمائي، أما المحك الإكلينيكي فيعتمد على فريق متعدد التخصصات يستخدم مصادر منوعة ويصدر حكمًا على الملاءمة النمائية لقدرات الطفل (الهويدي ، ب.ت).

فريق التدخل المبكر :



إن إعداد الكوادر الناجحة التي تتمتع بالخبرة التي تضمن فاعلية البرامج المنفذة هو حجر الزاوية في نشاط مراكز التدخل المبكر، فإذا اجتمعت تلك الرعاية الناجحة مع مشاركة الأسرة تقترب البرامج بذلك من تحقيق أهدافها.

ووفقًا لما أورده كل من (الخطيب، والحديدي، ١٩٩٨) يشمل الفريق التخصصات التالية:

(١) اخصائي الوراثة : ويقوم بعمل الفحص الطبي للحالات وتوقيع الكشف الوراثي عليها ودراسة شجرة العائلة ودراسة الأشعة والتحاليل وخاصة تحليل الكروموسومات وذلك لتشخيص الحالات وتحديد العلاج المناسب لكل حالة كما يتابع الأمهات اثناء الحمل للتعرف على خطر الحمل في طفل مصاب بمرض وراثي أو غير وراثي .

(٢) اخصائي النساء والتوليد : يستطيع التعرف المبكر عن المشكلات اثناء الحمل والوقاية منها .

(٣) اخصائي طب الأطفال : ويمكنه التعرف على الأطفال الأكثر عرضه للإصابة ووقايتهم من الإعاقة عن طريق المتابعة الدورية .

(٤) اخصائي العيون : ويقوم بتشخيص أمراض العيون وتشخيص الضعف البصري.

(٥) اخصائي المختبرات: ويقوم بعمل التحاليل الوراثية وتحاليل الكروموسومات والغدة الدرقية وغيرها والتي تفيد في تشخيص الحالة .

(٦) اخصائي التغذية: ويقوم بعمل تقييم للحالة الغذائية لكل طفل وعمل نظام غذائي للحالات ومتابعة النظام الغذائي لكل حالة .

(٧) أخصائي القياس السمعي: ويقوم بتقويم السمع لدى الأطفال لتزويدهم بالمعينات السمعية إذا احتاج الأمر لذلك .

(٨) الأخصائي النفسي: ويقوم بتقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية والمشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل .

(٩) الأخصائي الاجتماعي: ويساعد الطفل وأسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة ويساعد في تقييم وتحليل الظروف الأسرية والاقتصادية .

(١٠) اخصائي اضطرابات الكلام واللغة: والذي يمكنه ان يطور البرامج التربوية والعلاجية للوقاية من الإعاقة .

(١١) اخصائي العلاج الطبيعي: ويسهم في معالجة وتأهيل ذوي الإعاقات الجسمية بوجه خاص ويهتم بتقويم التشوهات ومنع تدهور العضلات وتنمية المهارات الحركية .

(١٢) المعلمون والمعلمات: فهم عادة أول من يشتبه في وجود مشكلة نمائية لدى الطفل ويقومون بإحالتهم إلى الجهات المختصة مما يسهم في منع تدهور أدائهم وتقديم المساعدة اللازمة .

(١٣) معلمو ومعلمات التربية الخاصة: ويقومون بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر وعليهم مسؤولية تطوير البرامج التربوية الفردية الملائمة لكل طفل .

(١٤) أولياء الأمور: يقوم الآباء والأمهات بادوار محددة في تربية أبنائهم من ذوي الاحتياجات الخاصة وتأهيلهم وتلزمهم الكوادر العاملة في الميدان بالمشاركة في عضوية الفريق متعدد التخصصات (ص٤٥- ٤٧).

ومن المواصفات المطلوبة في إعداد فريق التدخل المبكر:

(١) ان يتمتع افراد الفريق بالمرونة والروح العلمية وسرعة التفكير.

(٢) تعدد الاختصاصات مثل العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعلاج اللغة والكلام والأطباء.

(٣) توفر التدريب المستمر من أجل تطوير قدرات المعلمين في هذا المجال.

(٤) العمل بروح الفريق الواحد فرعاية الطفل المعوق تتطلب عملية مستمرة من التواصل والتعاون المشترك بين كل من له علاقة بالرعاية.

ويقوم أعضاء فريق التدخل المبكر بالأدوار والمهام التالية :

(١) تقويم الطفل وأسرته : حيث تتم تحديد الحاجات الخاصة بكل طفل وكل أسرة عن طريق التقويم الذي يستخدمه فريق التدخل المبكر .

(٢) تخطيط التدخل : تخطيط التدخل عادة ما يتم في سياق تخطيط برنامج التعليم الفردي أو الخطة التربوية الفردية لخدمة الأسرة ويجب أن يكون لدى فريق تقديم الخدمة المبكرة القدرة على الاستجابة لمجموعة من الأبعاد المتعلقة باحتياجات الطفل والأسرة مثل ثقافة الأسرة وأساليب التدخل الطبيعية والنتائج الوظيفية .

(٣) تقديم الخدمة للطفل والأسرة : يتنوع أعضاء فريق التدخل المبكر باستمرار بتنوع احتياجات الطفل والأسرة ويتحمل الفريق مسؤولية تنفيذ خطة محددة جيدا ولديه مجموعة من مستويات الأداء المعيارية ومهام وأدوار محددة بما يضمن فعالية كل عضو من أعضاء الفريق (وشاحي ، ٢٠٠٣: ٣٥- ٣٦)

دور الأسرة في فريق التدخل المبكر:

إن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات مع أولياء الأمور يكون أساسها المشاركة في تخطيط الخدمات واتخاذ قرارات بشأنها مما يتطلب تعود الأخصائيين المهنيين العمل مع الأسرة والعمل على المشاركة الفعالة للأسر في برامج التدخل المبكر ،وتتضح أهمية دور الأسرة والآباء في المشاركة في التدخل المبكر كالآتي:

(١) إن عدد الأطفال الذين يحتاجون إلى التدخل المبكر كبير جدا ومراكز التدخل محدودة للغاية لذا فلا بديل للآباء سوى المشاركة للتعامل مع مشكلات طفلهم .



(٢) إن والدي الطفل المعوق غالبًا ما يكونا في حاجة إلى مساعدة لتجاوز الضغوط النفسية وللتخلص من الشعور بعدم الكفاءة الذي قد ينجم عن كون الطفل معوقا ، لذا فإن المهنيين مسؤولين عن تقديم الخدمات الإرشادية المناسبة والفعالة لدعمهم اجتماعيا وانفعاليا ومساعدتهم على تطوير اتجاهات إيجابية نحو ابنائهم ذوي الإعاقة ونحو انفسهم ايضًا .

(٣) إن مشاركة الآباء في عملية التدخل المبكر مهمة فيما يتعلق بتبادل المعلومات فالوالدان بحاجة إلى المعلومات والأخصائيين يستطيعون مساعدتهم في ذلك . والأخصائيون بحاجة إلى معلومات عن الطفل والوالدين يستطيعون تزويدهم بها .

(٤) إن المشاركة الفعالة في العملية التربوية مثل التطوع للمساعدة في بعض النشاطات الصفية والمدرسية تحسن من مستوى معرفة الوالدين بطفلهما .

(٥) إن معظم ما يتعلق بالطفل المعوق منذ بداية عمره يحدث في البيت فالأسرة لها التأثير ألكبير على نمو الطفل ، والوالدان هما المعلم الأول والأهم في حياة كل الأطفال (مسعود ، ومنصور، وإمبابي ، ٢٠٠٥: ٢٨٩- ٢٩٠)

ومن الجدير بالذكر ان الأسرة تلعب دورًا أساسيًا في الاكتشاف المبكر للإعاقة على اعتبار ان الأسرة هي الأقرب للقيام بمثل هذا الدور لعدة اعتبارات يأتي في مقدمتها :

(١) الاتجاهات الإيجابية اللازمة التي تجعلها تحس بأهمية وضرورة قيامها بدور متابعة تطور وصحة طفلها بشكل كاف وبقدرتها على القيام بهذا الدور من خلال التوعية عن طريق الأعلام والندوات والنشرات الإرشادية والحوار ونقل الخبرات بين الأسر وبعضها.

(٢) الأسرة هي التي تعايش وتلاحظ عن قرب تطور طفلها عبر الأيام والأسابيع والشهور والسنوات، وتتعرف على التغيرات الإيجابية وكذلك التغيرات السلبية التي تطرأ عليه أولاً بأول، ومن ثم فإنها أول من يمكنه أن يرى أن هناك مشكلة ما يعاني منها الطفل.

(٣) إلمام الأم بخلفية عن التاريخ الصحي للأسرة من حيث وجود الإعاقات أو تعرض الأم لبعض الأمراض أو الأشعة أو تناول الأدوية أثناء فترة الحمل أو تعرض الطفل لبعض الأمراض في مراحل نموه الأولى، بالإضافة إلى صعوبات الولادة وفي جميع هذه الحالات تكون الأسرة هي أول من يمكنه ضرورة فحص الطفل للتأكد من سلامته أو لاكتشاف إصابته بإعاقة ما.

إن العلاقة بين والدي الطفل المعاق والمختصين في الفريق قد لا تكون جيدة أو إيجابية في كثير من الأحيان ، ويعود ذلك لأسباب منها ما هو خاص بالوالدين ومنها ما هو خاص بالفريق فكلا الطرفين قد يتبنى اتجاهات ويستند إلى افتراضات غير واقعية .

فالوالدان قد ينظران إلى المختصين على أنهم يعرفون كل شيء عن الطفل وإعاقته ويعرفان أن ما يمكنهما معرفته محدودة لذا فهما قد يتشككان في معرفتهما خاصة إذا كان المهنيون المختصون يعتقدون عكس ذلك ، كذلك قد يتطور لدى الوالدين اتجاهات ومواقف غير واقعية نحو المختصين كالشعور بأنهم متعجرفين أو أن الخدمات التي يقدمونها ليست فعالة .

ومن ناحية أخرى فإن المختصين قد تتطور لديهم أيضا افتراضات واتجاهات غير واقعية فبعض المختصين يتعاملون مع والدي الطفل المعاق على أنهما يصنعان المشكلات أو أنهما لا يكترثان بطفلهما .

ومن المعوقات الرئيسة التي تحول دون ترجمة الاقتناعات إلى برامج عمل جملة اعتقادات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

الاعتقاد الأول : ان الوالدين لا يعرفان قدرات أطفالهما ، ولكن ذلك ليس صحيحا فقد بينت البحوث العلمية ان الوالدين أكثر قدرة على تقويم نمو أطفالهم في حال مقارنتهم بالأخصائيين .

الاعتقاد الثاني : ان الوالدين لا يستطيعان تحديد الأهداف المناسبة لأطفالهم، فالأخصائيون يعتقدون أحيانا ان الآباء يطلبون منهم أشياء غير مناسبة للأطفال والحقيقة ان الأخصائيين ينظرون للموضوع من منظور مختلف فهم يركزون على تعليم مهارة ستقود لتعليم مهارات أخرى في المسلسل النمائي ولكن الآباء ينظرون إلى ما هو أبعد من ذلك .

الاعتقاد الثالث : ان الآباء لا يستطيعون تعليم أطفالهم على الرغم من أن برامج كثيرة ومتعددة تقوم على افتراض مفاده ان الآباء هم المعلم الأول والأفضل لأبنائهم ولكننا نتصرف على نحو مخالف لهذا الاقتناع .

الاعتقاد الرابع : الذي يشكل عائقا في وجه برامج التدخل المبكر : هو الاقتناع بأن الوالدين يريدان من المختصين حل مشكلاتهما ، وبدلا من ذلك يجب أن يركز المختصون على مساعدة الآباء في الحصول على الخدمات المتوفرة في المجتمع المحلي وأن يقابلا أسرا تواجه نفس المشكلات ، وأن يؤكدوا على قدرتهما على تخطي العوائق التي تعترض طريقهما وعلى هذا فواجب الأخصائيين ليس حل المشكلات نيابة عن الوالدين وإنما مساعدتهما في تنفيذ الحلول التي يقترحانها

وهناك أيضا معوقات تتعلق بالأسرة ومن أهمها :

(١) الحماية الزائدة للطفل: وخوفها عليه من ان يصاب بأذى وذلك يمنعه من المشاركة البناءة في الأنشطة والبرامج المقدمة له .

(٢) عدم الاكتراث بالطفل: بسبب ما تعانيه الأسرة من ضغوط نفسية أو من مشكلات أسرية بسبب عدم تقدم الطفل وعدم تطور مهاراته بسرعة وبشكل ملحوظ قد يشعر هذه الأسرة بالإحباط ويصبح لديها إحساس انه مهما قدمت للطفل من خدمات فإنه لن يستفيد لذلك قد يتولد لدى الأسرة شعور باللامبالاة وعدم الاكتراث وينصب اهتمام الأسرة على الأطفال الآخرين بالأسرة .

(٣) الشعور بالخجل: إن وجود الطفل المعاق في الأسرة يولد الشعور بالخجل لدى بعض الأسر مما يمنعها من المشاركة في انشطة وبرامج التدخل المقدمة للطفل وينجم ذلك عن الاتجاهات السلبية السائدة .

(٤) البرامج: إن بعض الأسر لا يتطور لديها الشعور بجدوى البرامج المقدمة للطفل ومنها برامج التدخل المبكر على الرغم من كونها متعددة العناصر او ان هذه البرامج تخصصية لا تستطيع الأسرة الإسهام فيها (المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية ، ١٩٩٦، ص ١٨٥- ١٨٨) .

إستراتيجيات التدخل المبكر:

تشير الكتابات والدراسات التي تناولت تطور خدمات وبرامج التدخل المبكر إلى وجود أربع إستراتيجيات:

الأولى إستراتيجية التدخل المبكر المرتكز على الطفل المعوق نفسه. وتُعنى هذه الإستراتيجية بالعمل على تزويد الأطفال بالخدمات العلاجية والنشاطات التي تستهدف الاستثارة الحسية لتطوير مهارات الطفل ومساعدته على النمو السليم.

الثانية إستراتيجية التدخل المبكر المرتكز على الوالدين. وتُعنى هذه الإستراتيجية بالعمل على تزويد الوالدين بالمعلومات والمهارات المطلوبة لتأهيلهم كمعالجين مساعدين ومعلمين لطفلهم.

الثالثة إستراتيجية التدخل المبكر المرتكز على النظام الأسري. بوصفه المحتوى الاجتماعي والتربوي الأكثر تأثيراً في الطفل. وتُعنى هذه الإستراتيجية بتدريب وتأهيل جميع افراد الأسرة وتدريبهم وإرشادهم وتطوير اتجاهاتهم الإيجابية.

الرابعة إستراتيجية التدخل المبكر المبنى على المجتمع المحلي. وتُعنى هذه الإستراتيجية بتوفير مراكز للتأهيل تهتم بالطفل والأسرة معًا وتقدم المساعدات المطلوبة للطفل والأسرة من اجل توفير افضل فرص التأهيل للطفل.

نماذج التدخل المبكر:

لقد تعددت نماذج التدخل المبكر بسبب التطور الدائم لتقديم هذه الخدمة لهؤلاء الأطفال ولكن المشكلة تكمن في أن بعض هذه النماذج قد تكون ملائمة مع بعض الأطفال دون اطفال آخرين،ولكل منها ايجابياته وسلبياته، وسنذكر هنا أهم هذه النماذج وهي:

أولا : نماذج التدخل المبكر من حيث المكان:

(١) التدخل المبكر في المراكز والمؤسسات:



وفقاً لهذا النموذج فإن خدمات وبرامج التدخل المبكر تقدم في مؤسسات ومراكز أو مدارس للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن سنتين وتقل عن ست سنوات، وليس بالضرورة أن يتم تنفيذ البرامج في مراكز ومؤسسات متخصصة بخدمة الأطفال المعوقين ولكنها قد تتم أيضًا في الحضانات ورياض الأطفال العادية تحقيقاً لمبدأ الدمج. وتشمل الخدمات المقدمة في المراكز عادة على التدريب في مختلف مجالات النمو ومن حسناته انه يقدم من قبل فريق متخصص من العاملين ومن سلبياته الكلفة المادية العالية وعدم مشاركة الأسر بفاعلية في البرنامج.

إيجابيات هذا النموذج :

- قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات
- توفير الفرص لتوعية المجتمع المحلي بالأمور المتعلقة بالتدخل المبكر
- إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل مع الآخرين

سلبيات هذا النموذج :

- مشكلات توفير المواصلات
- الكلفة الباهظة لتنفيذ البرنامج.
- عدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية

(٢) التدخل المبكر في المنزل :

وفقاً لهذا النموذج تقدم خدمات وبرامج التدخل المبكر في المنزل حيث تقوم معلمة أو مدربة أو زائرة اسرية مدربة تدريباً جيداً بزيارة منزل الطفل وتنفيذ الأنشطة المطلوبة لتلبية حاجات الطفل وتدريب افراد الأسرة للإسهام في تنفيذ هذه الأنشطة.

إيجابيات هذا النموذج

- ❖ غير مكلف من الناحية المادية.
- ❖ يوفر الخدمات للأطفال في بيئتهم الطبيعية.
- ❖ يشتمل على مشاركة الأسرة الفاعلة في برنامج طفلها

سلبيات هذا النموذج :

- ❖ عدم قدرة بعض أولياء الأمور على تدريب أطفالهم بشكل فعال.
- ❖ وضع قيود على الفرص المتاحة للطفل في أن يتفاعل اجتماعيا.
- ❖ وجود صعوبات للزائرات مثل استغراق الأوقات الطويلة وايضاً عدم تفهم الأهل للتعليمات بالشكل المناسب

(٣) التدخل المبكر في المنزل والمركز معا :

وفقاً لهذا النموذج فإن الأفضل هو تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سناً في المنزل وللأطفال الأكبر سناً في المراكز .وقد نحتاج أن نلحق الأطفال في المراكز لأيام محدودة فقط وتقوم الزائرة بزيارات منزلية من زيارة إلى زيارتين في الأسبوع . ومن إيجابيات هذا النموذج انه يسمح بتلبية حاجات الأطفال وأسرهم بشكل كامل وبمرونة افضل.

(٤) التدخل المبكر في المستشفيات:

يستخدم هذا النموذج للحالات النمائية المستعصية والصعبة - ويتم من خلال النموذج تدريب ومعالجة الأطفال على ايدي فريق متعدد التخصصات التي يحتاجها الطفل ذوو الاحتياجات الخاصة.



هناك عدد قليل نسبيًا من الطلاب يحصلون على تعليمهم في البيت أو المستشفي، ومثل هذه الترتيبات ليست عامة ولكنها تحدث لفترات زمنية محددة كل عام وفقًا لحاجات الطلاب الخاصة. ومن بين هؤلاء الطلاب ذوي الإعاقات البدنية أو الصحية أو الاضطرابات السلوكية والانفعالية ممن تستدعي حالاتهم البقاء في البيت أو المستشفي، ويقوم المعلمون بزيارة هؤلاء الطلاب عدة مرات في الأسبوع لتعليمهم، وإذا كان الطلاب مدمجين في برنامج للتعليم العام أو لديهم القدرة على استكمال واجبات الصفوف العامة فمن الممكن أن يقوم معلم التعليم العام بالمساعدة في تقديم الواجبات والمواد لمعلم الطلاب في البيت أو المستشفي.

(٥) التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام :

حيث يستخدم هذا النموذج المواد المطبوعة (القصص، والمجلات، والصحف .. الخ) فمن خلال وسائل الإعلام يتم تدريب أولياء الأمور ذوي الاحتياجات الخاصة الصغار في السن وإيصال المعلومات حيث تنمي مجالات النمو المختلفة

ثانيًا : نماذج التدخل المبكر من حيث الوسائل المستخدمة:

(١) تقديم الاستشارات المتخصصة:

في هذا النموذج يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية للمراكز المتخصصة ليحصلوا على الاستشارات اللازمة ومناقشة القضايا التي تهم نمو الطفل والمشكلات التي تعاني منها الأسرة وكذلك يمكن للأسرة الحصول على الدعم والإرشاد النفسي والمهني، ويمكن للاستشارات أن تتم بصورة فردية او في مجموعات ويقوم بها فريق متعدد التخصصات، ومن أهم خصائص هذا النموذج أنه يوكل مهمة التدريب لأولياء الأمور.

(٢) تقديــــم المعلومـــــات:

إن أهم ما تحتاجه اسر الأطفال المعوقين عند المراحل الأولى من اكتشاف إعاقة طفلها هو معلومات عن الإعاقة واسبابها وتأثيرها على الطفل وفرص التأهيل المتاحة للطفل. مراكز تقديم الخدمات التي تحتاج الأسرة للاتصال بها. ويمكن تزويد الأسر بالمعلومات إما عن طريق كتيبات أو منشورات أو حقائب إرشادية.

(٣) توفير التقنيات والوسائل المساعدة:

تحتاج بعض حالات متلازمة داون - على سبيل المثال - إلى توفير أجهزة ووسائل مساعدة فمنهم من يعاني من بعض التشوهات وحالات خلع في الحوض وانبساط في القدم وظهور حالات من الشلل وقصور في الحواس كحاسة اللمس أو السمع أو البصر. وكلما تم توفير هذه الوسائل بصورة مبكرة كان ذلك من العوامل المساعدة.

(٤) توفير البرامج التدريبية الملائمة لأسر الأطفال:

وذلك للبدء في عملية تأهيلهم في وقت مبكر وقد أوضحنا سابقاً أهمية تدريب الأسرة. ويعتبر تدريب الأسرة مهم للغاية لتحقيق أهداف التدخل المبكر خصوصاً في حالات متلازمة داون - على سبيل المثال -- على سبيل المثال - حيث تفيد في هذا المجال بأن التدريب والتدخل التربوي المبكر كان له اثر كبير في تطور معامل ذكاء الأطفال من ذوي متلازمة داون.

(٥) توفر التشريعات والقوانيــــن:

التي تسهم في توفر متطلبات التأهيل بشكل عام والتأهيل المبكر بشكل خاص من حيث فرص الرعاية الصحية والاجتماعية والتربوية وتحديد حقوق المعوقين وأسرهم على المجتمع.

(٦) دور وسائل الإعلام في نشر الوعي والثقافة اللازمة:

ويُعنى هذا النموذج باستخدام مختلف وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمكتوبة في تدريب أولياء أمور الأطفال صغار السن وإيصال المعلومات لهم، وغالبًا ما ينفذ هذا النموذج

على شكل أدلة تدريبية توضيحية تبين لأولياء الأمور وبلغة واضحة وسهلة كيفية تنمية مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع الاستجابات غير التكيفية التي تظهر على أطفالهم.

إجراءات التدخل المبكر:

هناك عدد من الإجراءات التي ينبغي مراعاتها عند القيام بعملية التدخل المبكر هي على النحو التالي:

أولاً : إجراءات تقوم بها أسرة الطفل:

يتوجب على الأسرة القيام بما يلي:

(١) ملاحظة جوانب نمو طفلهم والتعرف على مدى وجود أي اختلاف بين مظاهر نمو طفلهم وأخوته العاديين وإذا ما تم اكتشاف اي مظاهر ضعف تنتقل الأسرة إلى الخطوة الثانية وهي البحث عن استشارة متخصصة لتشخيص حالة الطفل. في حالة الأطفال ذوو الإعاقات الواضحة يسهل تمامًا التعرف على مظاهر الإعاقة الجسمية المصاحبة ولكن ما تحتاجه الأسرة هو معرفة جوانب العجز والقصور في الجوانب المعرفية والسلوكية والحسية واللغوية وغيرها.

(٢) البحث عن مؤسسة أو مركز او مدرسة تلبي احتياجات الطفل الخاصة وهنا تحتاج الأسر إلى المساعدة في التعرف على مصادر الخدمات المتوفرة في المجتمع للجوء إليها.

(٣) البحث عن مساعدة نفسية. لأن كل أسرة يظهر لديها إعاقة لأحد أبنائها تنتابها العديد من المشكلات النفسية والضغوط الاجتماعية والمادية، لذا فإنها بحاجة إلى المساعدة في التغلب على هذه المشكلات وتلك الضغوطات .

(٤) البحث عن المعلومات. تحتاج أسر المعوقين بشكل عام وأسر ذوي متلازمة داون بشكل خاص إلى معلومات واضحة ومفهومة حول الإعاقة وأسبابها وخصائصها وفرص التعلم والحياة المتوقعة لطفلها.

(٥) التدرب على أساليب التنشئة وأساليب التعامل وطرق تعليم الطفل وكيفية الاشتراك في هذه البرامج ومراكز التدريب المتخصصة التي توفر مثل هذه الدورات.

ثانيًا : إجراءات تقوم بها المؤسسات المتخصصة:

(١) الاتصال مع المؤسسات التربوية ومراكز التأهيل المختصة بالتعامل مع هذه الفئات وتزويدهم بالملاحظات والتقارير الطبية وإحالة الأسرة والطفل إلى هذه المؤسسات للقيام بالمزيد من الاختبارات التشخيصية وتحديد الاحتياجات التأهيلية ووضع الخطط اللازمة لتلبية هذه الاحتياجات.

(٢) التخطيط لتأهيل الطفل من الجوانب التربوية والوظيفية وتقديم الخدمات المساندة المطلوبة حسب احتياجات الطفل الخاصة، ولبدء في بتطبيق الخطة التأهيلية بالتعاون مع الأسرة.

(٣) التعرف المبكر عن الإعاقة واتخاذ الأساليب والإجراءات اللازمة لمعرفة ما إذا كان الطفل مصابًا أو معرضًا للإصابة. ويمكن استخدام العديد من الوسائل في مراحل مختلفة سواء قبل الولادة أو خلالها أو بعد الولادة.

(٤) تقوم المؤسسات المتخصصة بإرشاد الأسرة وتقديم الدعم القانوني والنفسي والاجتماعي والاقتصادي وتزويدهم بالمعلومات للمساعدة على التعامل مع الآثار التي يمكن أن تنجم عن إعاقة طفلها.

(٥) مرحلة الولادة، لابد أن تكون هناك فحوصات وإجراءات للكشف المبكر في كافة المراكز الصحية والمستشفيات التي تتعامل مع حالات الولادة.

خطوات تقديم الخدمات بمراكز التدخل المبكر:

وفقًا للبرنامج الموضوع فهناك خطوات منظمة ذات تسلسل تحدد مدى حاجة الطفل للخدمات وطبيعة تلك الخدمات والتي يتم بناء عليها تصميم البرنامج التربوي للطفل والإجراءات الواجبة لتقديم خدمات التدخل التي تتم وفقًا للترتيب التالي:

أولاً : الإحالة Referral

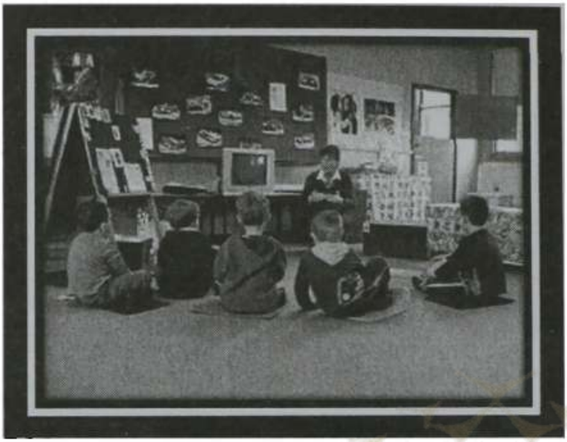
الإحالة - بوجه عام — عملية تتضمن إخطار العيادة النفسية ؛ أو المدرسة، أو الطبيب او غيره من المتخصصين عن طفل معين لتقييم حالته وفحصها أو لعلاجه. وفي ضوء هذا

المعني، فإن الإحالة هي التوجه الرسمي بطلب إلى الأخصائي او اكثر لتقييم احتياجات الطفل وذلك بناءً على ظهور علامات ومؤشرات على أن الطفل قد يكون في وضع غير مطمئن. ويذكر جمال الخطيب (١٩٩٨) أن عملية الإحالة تبدأ بتكون انطباعات داخل المدرسة او في البيت أن لدى الطفل مشكلات تسترعي الانتباه والدراسة. وقد تكون تلك المشكلات في النمو اللغوي، او النمو الجسمي (الصحي)، أو في حاسة السمع، أو في حاسة الإبصار، أو في النمو العقلي، أو في الجانب السلوكي و الاجتماعي. وبعد ذلك يتم بذل جهود كافية للتحقق من وجود أو عدم وجود مشكلات حقيقية لدى الطفل. فإذا كان القرار هو أن لدى الطفل ما يبرر الاعتقاد بأنه طفل مختلف (ينقصه شيء) يجب التشاور مع ولي أمره والحصول على موافقته للبدء في التقييم الشامل. والهدف من هذا التقييم هو تحديد طبيعة الخدمات الخاصة التي يحتاج إليها، وبعد ذلك يجب إطلاع ولي الأمر على نتائج التقييم. فإذا كان الطفل في حاجة إلى خدمات تربوية خاصة، يجب مناقشة الوضع مع ولي الأمر، وتعريفه بالخدمات المقدمة وبحقوق الطفل وأسرته.

يتم قبول الحالات التي لا تزيد أعمارها عن ست سنوات ولكن لديهم حاجات مختلفة مع اعتبار ان كل طفل يختلف عن الآخر كما يلي :

- طفل لديه إعاقة غير ظاهرة.
- طفل لديه إعاقة محددة واضحة مثل الشلل الدماغي أو متلازمة داون أو صغر حجم الجمجمة.
- طفل ليس لديه إعاقة ولكن لديه تأخر النمو الحركي أو اللغوي.
- طفل يمر بظروف صحية أو بيئية تجعله معرضا للإعاقة وننوه هنا إلى أهمية التبكير في التحويل والإجراءات التي تقوم بها إدارات الرعاية الصحية الأولية في التبليغ عن الإعاقة.

وفي مدارس التعليم العام يقوم معلمي صفوف التعليم العام بإحالة الطلاب إلى خدمات التربية الخاصة او الأشكال الأخرى من الخدمات المساندة لعدة أسباب. وقد أشارت



إحدى الدراسات أن أكثر الأسباب شيوعًا للإحالة هي: المشكلات الأكاديمية، وصعوبات القراءة، والمشكلات السلوكية مثل اضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة الزائد (Lloyd, Kauffman, L &rum, & Roe, 1991) . ولكن قبل إجراء الإحالة على المعلم أن يجرب العديد من الاستراتيجيات للتغلب على المشكلات التعليمية التي يعاني منها الطالب، ولأن هذه الإجراءات مقصودة يطلق على تلك الاستراتيجيات "تدخلات ما قبل الإحالة". وغالبًا ما تقلل تلك التدخلات احتمالات إحالة الطالب إلى خدمات التربية الخاصة، إذ إنها قد تؤدي إلى تحسين أداء الطالب. وعلى سبيل المثال فإن تغيير الاستراتيجيات التدريسية أو تكييف بيئة التعليم الصفية يمكن أن تؤدي إلى تطوير أداء الطالب. على الرغم من أن القوانين الفيدرالية للتربية الخاصة لم تنص على تلك التدخلات فيما قبل الإحالة، إلا أنها مطلوبة وتوصي بها أكثر من نصف الولايات (Buck, Polloway, Smith-Thomas, & Cook, 2003; Safran & Safran, 1996)، وفي العديد من الولايات يقوم الأفراد العاملين بالمدرسة بالتأكد من تجريب ومحاولة جميع التدخلات التعليمية العامة الممكنة قبل إحالة الطالب بشكل رسمي إلى خدمات التربية الخاصة.

ومما يجدر ذكره أن العديد من الأشخاص يمكنهم إحالة الطلاب إلى خدمات التربية الخاصة، إلا أن معلم التعليم العام هو المصدر الأساسي للإحالة، وذلك لأنه يلاحظ الطلاب يوميًا في المدرسة ويتابع حالتهم البدنية وأدائهم الأكاديمي وسلوكهم داخل الصف وتفاعلاتهم الاجتماعية بشكل مستمر، كما أن معلم الصف هو وحده القادر على مقارنة أداء الطالب بأقرانه وأيضًا مقارنته بطلاب من سنوات سابقة.

ويقدم كل من بلانكينشيب وليلي Blankenship & Lilly (1981) الإرشادات التالية كأساس ينبغي أن يعتمد عليه المعلمون عند إحالة الطلاب وهي:

(١) معايشة الطلاب لمشكلات ظاهرة وواضحة في الصف.

(٢) إذا لم ينجح المعلم في حل المشكلات الموجودة.

والعديد من الطلاب يواجهون صعوبة في التعلم، ولا ينبغي أن يحالوا جميعًا إلى برامج التربية الخاصة، وهناك من المعلمين من هو قادر بمفرده على التعامل مع بعض المشكلات السلوكية ومشكلات التعلم ولديه الثقة في قدرته على معالجة تلك المشكلات، وإذا نجح المعلم في علاج المشكلة لا ينبغي القيام بالإحالة.

وعلى الرغم من أن الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة قد تكون لديهم مشكلات متباينة إلا أن احتياجاتهم بشكل عام من الممكن تجميعها في واحدة أو أكثر من المجالات التالية :

الحاجات البدنية : معاناة الطالب من مشكلة أو أكثر في الحواس أو التناسق الحركي أو في الأنشطة البدنية التي تحتاج إلى قدرة وقوة على التحمل.

الحاجات الأكاديمية : ضعف الأداء لدى الطلاب في أحد المجالات مثل: مهارات التواصل التي تشمل الاستماع والتحدث أو المجالات الأكاديمية مثل القراءة والحساب أو مجالات المحتوي مثل العلوم والتاريخ.

حاجات سلوك الصف :ونعني بها صعوبة التحكم في السلوكيات غير الملائمة التي تتداخل مع باقي الطلاب والتدريس الصفي والأنشطة الدراسية للطلاب مثل: التسرب من المدرسة والسلوك الانسحابي.

الحاجات الاجتماعية :ومن بينها ضعف القدرة على تكوين واستمرار العلاقات الشخصية سواء مع الأقران أو مع الكبار.

الثانية: التعرف المبكر Early Identification

تقوم التنظيمات والقوانين الفيدرالية بتحديد الإجراءات التي تتبعها التنظيمات التعليمية في عملية الاكتشاف، فيجب أن يفهم أفراد الفريق بشكل كامل تلك المطالب

القانونية (وتقع المسؤولية الرئيسة على عاتق إداري المدرسة أو معلم التربية الخاصة في فهم وتنفيذ هذه الإجراءات). فعلى سبيل المثال تكون مسؤولية كل منطقة مدرسية هي تجميع جميع الطلاب المعاقين والذين يحتاجون إلى النربية الخاصة وتقديم الخدمات الملائمة لهم، وكل ولاية لها تنظيمات محددة تتعلق بالمسؤوليات الخاصة بالمنطقة التي تتبعها، مثل: إعلام الوالدين، والالتزام بالإجراءات القانونية، وخصوصية وسرية سجلات الطلاب.

إن معلمي التعليم العام قد لا يعلمون ما يقدم في منطقتهم التعليمية من خدمات للتربية الخاصة، أو حتى تلك الموجودة في مدارسهم، كما انهم قد لا يعرفون المعايير المتبعة لتحديد ما إذا كان طلابهم في حاجة إلى مثل هذه الخدمات، ولذلك ينبغي على الفرق المسؤولة عن تقديم خدمات للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة أن يتأكدوا أن هذه المعلومات تتوفر لدى جميع المعلمين والطلاب والجماعات الأخرى المهتمة مثل: الوالدين والمؤسسات المجتمعية.

وقد سبقت الإشارة أن أي فرد داخل المدرسة يمكنه إحالة الطلاب لخدمات التربية الخاصة، ومع ذلك فإن أغلب الحالات يتم إحالتهم عن طريق معلمي التعليم العام، وبعضها الأخر تتم إحالته عن طريق الوالدين والمرشدين ومؤسسات الرعاية الاجتماعية والأطباء.

وينبغي أن تحدد الفرق التي تقوم بخدمة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة إجراءات إحالة واضحة، وبعد ذلك تتم عملية التواصل مع بقية العاملين في المدرسة من معلمي التعليم العام أو الوالدين بهدف نقل خطوات الإحالة تلك لباقي المشاركين في العملية التربوية داخل المدرسة. ومن ناحية أخرى فإنه من الضروري مراعاة الخيارات الممكنة الأخرى في برنامج التعليم العام قبل البدء في إجراءات الإحالة. وتشير البحوث والدراسات إلى أن الطلاب بعد إحالتهم إلى خدمات التربية الخاصة تطبق إجراءات التقييم على ما نسبته ٩٢٪ منهم، ويتم وضع ٧٣٪ من هؤلاء في صفوف التربية الخاصة (Algozzine, Christenson, & Ysseldyke, 1982)

وغالبًا ما يمضي وقت طويل حتى تتم إحالة الحالة المعاقة إلى مراكز التدخل وعليه فإن المتعارف عليه أن التعرف المبكر هو جزء من عملية التدخل وليس كوسيلة للتعرف

والقياس، وتتبع مراكز التدخل اسلوبا في التعرف المبكر يعتمد على تصنيف الأطفال إلى فئتين رئيستين هما:

- ❖ الفئة الأولى: أطفال ذوو إعاقة واضحة ومثبتة.
- ❖ الفئة الثانية : الأطفال المعرضون لخطر الإعاقة.

الثالثة : عملية التشخيص Diagnosis

إن اصل كلمة التشخيص في اللغة هي من الفعل " شخَّصَ" بمعني فحص الشئ وعاينه. وهو مصطلح بدأ في ميدان الطب ثم استخدم في ميادين العلاج النفسي، والإرشاد النفسي، والخدمة الاجتماعية والتعليم العلاجي. ويقصد به تحديد نوع المشكلة أو الاضطراب او المرض او الصعوبة التي يعاني منها الفرد ودرجة حدتها (نبيل حافظ، ١٩٩٨ : ١١).

والتشخيص بصفة عامة هو تحديد نمط الاضطراب الذي أصاب الفرد على اساس الأعراض والعلامات أو الاختبارات والفحوص. وكذلك تصنيف الأفراد على أساس المرض أو الشذوذ أو مجموعة من الخصائص (جابر و كفافي،١٩٩٠: ٩٥).



والتشخيص بهذا المعني عبارة عن مجموعة إجراءات يقوم بها فريق بالمركز متعدد التخصصات من أطباء وتربية خاصة وعلم نفس وإرشاد وأمراض الكلام وعلاج طبيعي وعلاج وظيفي وهذه إجراءات تهدف إلى تأكيد وجود حالة إعاقة لدى الطفل الذي تم التعرف عليه في عملية التعرف المبكر. ويعتمد التشخيص السليم للإعاقة على أمور ثلاثة :

الأمر الأول : مراجعة التشخيص تمكن من تقديم خدمات صحية مناسبة.

الأمر الثاني: التشخيص الدقيق يعطي معلومات أوضح لحالة المعوق ويوضح الصورة لأسرته والتوقعات المحتملة للحالة وتطوراتها.

الأمر الثالث: التشخيص الدقيق أمر جوهري يمكن من خلاله التعرف على الأسباب الوراثية المتعلقة بالحالة ومن ثم يمكن مناقشتها مع كل من الوالدين.

الرابعة : عملية التقييم

استخدم هذا المصطلح في مستهل نشأته مجموعة من علماء النفس الذين كانوا يعملون في مكتب الخدمات الإستراتيجية بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث أوكل إليهم انتقاء الأفراد الذين يصلحون للقيام بمهام خاصة فيما وراء البحار في الحرب العالمية الثانية. وقد ظهر هذا المفهوم لأول مرة في كتاب " تقييم الإنسان" الذي أصدره هذا المكتب عام ١٩٤٨. وعقب انتهاء هذه الحرب تبنى هؤلاء العلماء المفهوم نفسه في دراساتهم و بحوثهم مما أدى إلى انتشار المفهوم منذ عام ١٩٥٣، وظهوره كمصطلح سيكولوجي في مراجع علم النفس و القياس النفسي.

ويشير ساندبيرج Sundberg لمفهوم التقييم بأنه " مجموعة من العمليات التي تستخدم بواسطة أخصائيين متمرسين؛ للتوصل إلى تصورات وانطباعات واتخاذ قرارات واختبار فروض تتعلق بنمط خصائص فرد معين يحدد سلوكه أو تفاعله مع بيئته. وهذا التقييم يمكن ان يتضمن أساليب متعددة و أدوات منوعة يعتمد بعضها أحيانا على القياس الكمي (مثل درجات اختبارات التحصيل، والذكاء، والاستعدادات، والتفكير الابتكاري، ومقاييس الحاجات والميول والاتجاهات والقيم والشخصية) ويعتمد البعض الآخر عادة على التقديرات الكيفية، والأحكام الوصفية (مثل تقييم استمارات القبول، وتقييم خطابات التوصية، و المقابلة الشخصية)، وذلك بغرض انتقاء الأفراد، وكذلك الملاحظة الكلينيكية، وتقديرات المعلمين للطلاب وبالعكس" (علام،٢٠٠٠: ٣٢).

وعادة ما يستخدم مصطلح التقييم للإشارة إلى مناهج جمع المعلومات الرسمية، وغير الرسمية على حد سواء، وتوحيد هذه المعلومات بأسلوب شامل للوصول إلى حكم عام. وفي

بعض الأحيان يستخدم مصطلح التقييم بصورة أكثر دقة لأغراض التشخيص السريري لمشكلات الفرد (مهرنز و وليمن، ٢٠٠٣: ١٩).

إذن التقييم– بوجه عام – عملية يتم من خلالها الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات من مصادر مختلفة عن الطفل موضع التقييم ؛ وذلك باستخدام الاختبارات التحصيلية والنفسية والاجتماعية، إضافة إلى إجراء المقابلات والملاحظات، وذلك لتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الطفل للمساعدة في إعداد برنامج تربوي أو تأهيلي أو علاجي يتناسب مع قدرات هذا الطفل (سيسالم، ٢٠٠٢).

وهذا يعني فيما يري أبو لبده (١٩٨٢ : ٦٥) أن التقييم أوسع من القياس بكثير. فالقياس يتم باستعمال اختبار أو فحص فقط، أما التقييم فيلجأ إلى أساليب أخرى بالإضافة إلى القياس مثل السجلات القصصية، وقوائم التقدير، والسجل التراكمي، وآراء المدرسين وأدوات أخرى.

من المهم دراسة جميع المعلومات المتوافرة عن الأطفال والخاصة بنموهم الجسمي والاجتماعي والعقلي واللغوي والعناية بالذات للأهداف التالية :

(١) الوقوف على طبيعة ومدى حاجة الطفل إلى برنامج التدخل المبكر.

(٢) وضع البرنامج التربوي – العلاجي للطفل.

(٣) تقييم فاعلية البرنامج المقدم له.

وتتلخص اشكال التقييم فيما يلي :

(أ) الملاحظة: مراقبة الطفل حول تكرار السلوك أو مدة حدوثه أو شدته.

(ب) المقابلة : للتعرف على الطفل وأسرته ومشاعر الوالدين.

(ج) دراسة الحالة: بعد إجراء المقابلات السابقة وتحليل الملفات والتقارير.

(د) الاختبارات : تضم نوعين رئيسين :

- اختبارات رسمية (معيارية المرجع) تطبق في ظروف معينة وتستخدم لمقارنة أداء الطفل بأقرانه من نفس العمر الزمني.
- اختبارات محكية المرجع تهدف إلى تحديد مدى إتقان الطفل لمهارات معينة.

عندما يقرر فريق التقييم أن الطالب الذي تم إحالته يحتاج إلى خدمات التربية الخاصة لأن تعديل برنامج التعليم العام لم يحل مشكلاته، يقوم الفريق بتصميم خطة كاملة لتقييم الطالب وعرضها على الوالدين لمعرفة مدى استحسانهم لها، وتحدد خطة التقييم اي الاختبارات وإجراءات التقييم الأخرى التي سوف تستخدم لتقييم الطالب، وتصمم هذه العملية لجمع المعلومات الوظيفية والنمائية ذات الصلة، لتحديد ما إذا كان الطالب في حاجة لخدمات التربية الخاصة، وكذلك تحديد احتياجاته التعليمية.

والتقييمات التي تستخدم مع الطلاب المشكوك في أن لديهم إعاقة يجب أن يتوفر فيها عدد من الشروط منها الموضوعية والحيادية، إذ يجب ألا تكون مبنية على أسس عنصرية أو ثقافية. كما يجب أن تكون تلك المقاييس بلغة الطالب الأصلية أو اي طريقة أخرى للتواصل مثل لغة الإشارة، كما يجب أن تكون مناسبة فنيًا ويجب أن يقوم بتطبيقها شخص مدرب، وينبغي عليه أن يراعى التعليمات التي تقدمها إجراءات أدوات التقييم، ولأنه لا توجد أداة واحدة تشمل معايير تحديد الإقامة التعليمية الملائمة للطالب، فينبغي أن تقوم الاختبارات والتقييمات الأخرى بتقييم مجالات محددة عن الحاجات التعليمية لكل طالب والاهتمامات النمطية هي الأداء الأكاديمي وسلوك الصف والمهارات الاجتماعية، وينبغي تقييم الطلاب من جميع الجوانب التي ترتبط بالإعاقة المشكوك فيها، وبالإضافة إلى ذلك يمكن أن يقدم معلم التعليم العام المساعدة من خلال تقديم معلومات قياس تعتمد على المنهج وترتبط بالأداء السابق للطالب في الصف، ولا يجب القول بأن الطالب معاق إذا ركز القرار على الضعف في تعلم القراءة أو الحساب أو قصور في إتقان اللغة الإنجليزية. والقانون الحالي "تحسين تعليم المعاقين ٢٠٠٤م" يؤكد على ضرورة تعليم القراءة بطريقة علمية.

ومعلومات التقييم التي تم جمعها من مصادر عديدة على يد الفريق، تقدم في تقرير مكتوب يشير إلى مستوى الأداء الحالي للطالب، وتستخدم تلك المعلومات لتحديد ما إذا كان الطالب لديه إعاقة ومؤهل لخدمات التربية الخاصة، وإذا كان الأمر كذلك تصبح تلك المعلومات الأساس الذي يعتمد عليه فريق البرنامج التربوي الفردي لتصميم البرنامج التربوي الفردي للطالب وتحديد المكان التعليمي الملائم له.

ووفقاً للقوانين الفيدرالية هناك اثنين من المعايير تحدد مدى الأهلية لبرامج التربية الخاصة هما: التأكيد على أن الطالب لديه إعاقة، وأن هناك شواهد تؤكد على ان الإعاقة تؤثر عكسيًا على الأداء التعليمي للطالب، وتوفر احد هذين المعيارين دون الآخر لا يكفي للحكم على الطالب بأنه معاق، فعلي سبيل المثال لا تتوافر خدمات التربية الخاصة لعدد كبير من الطلاب ذوي المشكلات المدرسية لأنهم ليسوا معاقين، وكذلك الطلاب ذوي الإعاقة البسيطة مثل: فذوي الإعاقة البدنية البسيطة أو ضعاف البصر ليسوا مؤهلين لخدمات التربية الخاصة إذا لم يواجهوا صعوبات تعليمية بسبب إعاقتهم البسيطة.

خامساً : الالتحاق بمركز التدخل المبكر

تعد بداية الالتحاق بالمركز فترة انتقالية صعبة للآباء والأمهات وهذه الفترة تتطلب ما يلي:

(١) بذل الجهد للتعرف على النظام التربوي الجديد والحقوق والواجبات والتربية الخاصة والخدمات المساندة التي يقدمها المركز بعد انتقال الطفل إلى المركز.

(٢) بناء علاقة مع معلمة الطفل.

(٣) المساهمة في تنفيذ الأنشطة المخصصة للآباء وعلى المعلمة ان تفهم وتحترم هموم ومخاوف الآباء وعليها ان تفهم طبيعة إعاقة طفلهم وبرنامجه التربوي.

(٤) إعطاء الفرصة للأولياء الأمور للمشاركة في برامج التدخل المبكر ليطلعوا على أي تقدم يحرزه الطفل.

(٥) تطلع المعلمة على التقارير الطبية والنماذج التي قام الوالدان بتعبئتها.

(٦) تشجيع الوالدين على الحضور للمركز برفقة طفلهما أثناء مرحلة التكيف الأولى.

(٧) قد يكتفي بإجراء اتصالات هاتفية يومية بشكل دوري أو القيام بزيارات منزلية أو إرسال رسائل اسبوعية او شبه أسبوعية للأسر.

(٨) حث الوالدين على زيارة حجرة الصف اثناء الدوام مما يسهم في فتح قنوات التواصل وقد يرغب البعض في القيام ببعض الأعمال التطوعية.

(٩) تشكيل مجموعة من الآباء ليتم التعارف وليطلع أولياء الأمور على القضايا المحلية ذات التأثير على الخدمات المقدمة للأطفال المعوقين ولتبادل الخبرات والتعرف على الآباء الآخرين الذين اجتازوا المرحلة الانتقالية بنجاح وتوفير الدعم المتبادل.

سادساً: البرنامج التربوي الفردي

البرنامج التربوي الفردي هو "عبارة عن خطة تعليمية رسمية مصممة بدقة وترتكز على الحاجات التعليمية الفردية لكل طالب لديه إعاقة، وينبغي أن ينقل بشكل واضح لكل أفراد الفريق طبيعة البرنامج التعليمي للطالب بالضبط". وفي البرنامج التربوي الفردي يتم تنسق جهود الفريق من خلال تحديد ما يحاول الفريق تحقيقه ومن المسئول عن كل مكون من جوانب الخطة، وما هي إجراءات التقييم التي سوف تستخدم لتحديد تقدم الطالب، وكيف يحصل الوالدين على المعلومات عن تقدم أبنهم بشكل منتظم.

وفريق البرنامج التربوية الفردي هو المسئول عن ضمان تنفيذ البرنامج التعليمي للطالب، كما تم تحديده من قبل في البرنامج التربوي الفردي. ويجب إتباع التوصيات التدريسية والخدمات التي يقدمها البرنامج التربوي الفردي ما لم يتم التعديل بواسطة الفريق مع الحصول على موافقة الوالدين.



ومن الضروري عمل تقييم سنوي للبرنامج التربوي الفردي، وتحديد ملاءمته بشكل جيد قبل نهاية العام، وينبغي أن يكون فريق البرنامج التربوي الفردي واعي لدراسة الحاجات التعليمية الخاصة إذا اعتقد أحد أفراد الفريق أن البرنامج التربوي الفردي في حاجة إلى مراجعة وتنقيح، وينبغي جمع البيانات بشكل منظم، وأن تعرض على الفريق لاستعراضها قبل اللقاء الفعلي للفريق، وعند

إجراء ايه تغييرات في البرنامج التربوي الفردي يجب الحصول على موافقة والدى الطالب قبل تنفيذه، ويمكن إجراء التقييم السنوي لتقدم الطالب بنفس الطريقة المستخدمة في التقييم الأول للطالب، وعلي اية حال فإن هذا الإجراء ليس عملي أو ضروري مع أغلب الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة. إن التقييم السنوي يكون أكثر تحديداً واهتمامًا بتقدم الطالب نحو الأهداف التي حددها البرنامج التربوي الفردي، فالكثير من معلومات التقييم اللازمة سوف يتم جمعها بشكل مستمر أثناء العام الدراسي من خلال معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة الذين يقدمون الخدمات للطالب، والجمع المستمر للبيانات يسمح للمعلمين بإجراء التعديلات العاجلة في البرنامج التدريسي للطالب، كما أن استمرار جمع البيانات يجعل الفريق أكثر شعوراً بالتغيرات البسيطة التي غالبًا ما تلاحظ في أداء الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

وينبغي جمع المعلومات بشكل منتظم من والدى الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، فمن المهم استمرار مشاركة الوالدين مع الفريق والكشف عن مدى إدراكهم لتقدم الطفل في المدرسة والبيت، وعندما يتم جمع البيانات من الوالدين يصبح من الملائم إشراكهم في المعلومات حول أداء أبنهم في المدرسة.

الخطة التربوية الفردية وثيقة مكتوبة تبين مستوى الأداء الحالي للطفل في جوانب النمو التالية :

أ) النمو الجسمي (بما في ذلك الوضع الصحي العام والوضع السمعي والبصري) والنمو الحركي الكبير (الجلوس، والوقوف، المشي، التوازن.. الخ) والنمو الحركي الدقيق (التآزر البصري – اليدوي، حركة الأصابع.. الخ).

ب) النمو العقلي (القدرات الإدراكية العامة والقدرة على التعلم والتفكير والتذكر وحل المشكلات والانتباه.. الخ).

ج) النمو اللغوي (القدرة على استخدام واستيعاب الأصوات والكلمات والإيماءات).

د) النمو الاجتماعي – الانفعالي (أنماط التفاعل مع الأطفال والراشدين والخصائص السلوكية العامة مثل الانسحاب، العدوان، الخجل، مفهوم الذات..الخ).

هـ) النمو الشخصي التكيفي (القدرة على العناية بالذات من حيث تناول الطعام وارتداء الملابس واستخدام الحمام والنظافة الشخصية).

كذلك يوضح البرنامج التربوي الفردي الأهداف السنوية (طويلة الأمد) والأهداف السلوكية (قصيرة الأمد) للطفل والأساليب التي سيتم استخدامها لتحقيق تلك الأهداف ومعايرة النجاح والمدة الزمنية التي يتوقع أن يستغرقها تنفيذ البرنامج.

سابعاً: خطة العمل في المركز(تنفيذ الإجراءات التعليمية):

بعد إعداد البرنامج التربوي الفردي يعمل الأخصائيون على تقسيم الأطفال إلى مجموعات تعليمية صغيرة نسبيا وذلك حسب عمرهم الزمني وحاجاتهم الخاصة وقدراتهم التعليمية ويتم تدريب وتعليم كل مجموعة في غرفة صف تديرها مربية تحمل شهادة علمية في تخصص التربية الخاصة. وهناك جدول زمني للنشاطات اليومية في غرفة الصف يحدد مواعيد تدريب الأطفال على المهارات المعرفية، واللغوية، والعناية الذاتية، والحركية، والاجتماعية، ومواعيد الاستراحة وتناول وجبة طعام خفيفة .. الخ.

وبناء على حاجات الطفل الخاصة يكون الأخصائيون قد اعتمدوا خطة محددة لتقديم الخدمات للطفل خارج غرفة الصف أيضا فهو قد يذهب إلى غرفة العلاج الطبيعي على فترات محددة وكذلك الأمر بالنسبة للعلاج النطقي والعلاج الوظيفي وما إلى ذلك من خدمات.

معوقات التدخل المبكر في الدول العربية والدول النامية

يمكن تلخيص أهم مشكلات الدول العربية والنامية في مجال التدخل المبكر فيما يلي:

(١) ندرة استغلال المصادر المحلية بشكل أمثل .

(٢) انخفاض الوعي الصحي والاجتماعي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.

(٣) نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.

(٤) غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها لدى غالبية أفراد المجتمع .

(٥) غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوفرة محليًا ، سواء كانت اجتماعية أو تعليمية أو صحية.

(٦) انعدام أو عدم كفاية البرامج الملائمة حول الوقاية، أو العوامل المسببة للإعاقة، وندرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة في مجال الوقاية والرعاية الصحية والأولية .

(٧) تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل.

(٨) عدم توفر أدوات التعرف المبكر عن الإعاقة وعدم توفر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج وتوظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين الصغار في السن.

(٩) عدم توفر مراكز تدخل مبكر متخصصة وتردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات.

(١٠) عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم واتجاهات المجتمع بوجه عام نحو الإعاقة.

(١١) غياب السياسات الوطنية الواضحة إزاء التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة من جهة وبسبب التحديات العديدة الأخرى التي ينبغي مواجهتها من جهة .

(١٢) لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة إلى تبريرات وافتراضات واهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها مما يقود إلى توقع حدوث معجزات تساعد الطفل على التغلب من الإعاقة أو حتى التخلص منها بدون تدخل.

(١٣) وجود عوائق مادية وجغرافية مثل عدم توفر الدعم المادي اللازم واتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة .

(١٤) وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن اعتبارها من صلب الفئات المحرومة أو التي لا تتلقى المستويات الدنيا من الخدمات الضرورية .

(١٥) اعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية (وشاحي، ٢٠٠٣، ٤٠ - ٤١).

خدمات الترفيهية



الفصل الثاني عشر

أولاً : التربية البدنية لذوي الإعاقات

- أهمية التربية البدنية لذوي الإعاقات.
- الأهداف العامة للتربية البدنية لذوي الإعاقات.
- الأهداف الخاصة للتربية البدنية لذوي الإعاقات.
- العوامل المؤثرة في ممارسة الأنشطة الرياضية لذوي الإعاقات.
- أسس اختيار الألعاب الرياضية لذوي الإعاقات.

ثانياً : التربية الفنية لذوي الإعاقات.

- أهمية ممارسات الفن في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.
- دور المعلم في تنمية المهارات التربية الفنية لدى ذوي الإعاقات.
- المستلزمات المكانية لتنفيذ برامج التربية الفنية للفئات الخاصة.

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) أهمية التربية البدنية لذوي الإعاقات.

(٢) دور التربية البدنية في إعادة تأهيل الجهاز العضلي والجهاز العصبي والقلب والجهاز الدوري والجهاز التنفسي.

(٣) الأهداف العامة للتربية البدنية لذوي الإعاقات.

(٤) الأهداف الخاصة التربية البدنية لذوي الإعاقات.

(٥) العوامل المؤثرة في ممارسة الأنشطة الرياضية لذوي الإعاقات.

(٦) أسس اختيار الألعاب الرياضية لذوي الإعاقات.

(٧) أهمية ممارسات الفن في مجال رعاية ذوي الإعاقات

(٨) دور المعلم في تنمية المهارات التربية الفنية لدى ذوي الإعاقات.

(٩) المستلزمات المكانية لتنفيذ برامج التربية الفنية للفئات الخاصة.

الفصل الثاني عشر

الخدمات الترفيهية

Recreation Services

مقدمة

ساد الاعتقاد بأن الأنشطة اللاصفية قاصرة على مجرد الترفيه عن الطلاب في المدرسة أو في المجتمع أو لقضاء وقت الفراغ، وهذا المفهوم قاصر على الجانب الترفيهي للأنشطة، كما اقتصر مفهومها على أنها غالبًا خارج الفصل الدراسي أو المحيط المدرسي، إلى ان جاءت التربية الحديثة التي ترى ان أهمية الأنشطة اللاصفية لا تقل أهمية عن المواد الدراسية في مساهمتها للعملية التربوية، من خلال تفعيل دور المنهج وتثبيت المفاهيم والحقائق أثناء عملية التعليم، والمنهج التربوي الحديث يتضمن كافة الخبرات التعليمية سواء مر بها المتعلم داخل جدران المدرسة أو خارجها مع الأسرة والأصدقاء والجيران والجماعات التي ينتمي إليها (الخطيب، ٦٣ : ١٩٩٩).

الأنشطة اللاصفية هي كل ما يقوم به التلميذ خارج سياق المناهج المدرسية من ألعاب رياضية أو ثقافية، تسهم بشكل كبير في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال، وتسهم بشكل كبير في تحسين مفهوم الذات لديهم، مما ينعكس إيجابيًا على تحصيلهم الدراسي وعلى تكوين علاقات إيجابية مع أقرانهم ومعلميهم.

وقد أشار داود، وحمدي (١٩٩٩) إلى ان الدراسات أظهرت ان الأطفال الذين يظهرون سلوكًا اجتماعيًا غير ملائم، غالبًا ما يعانون من تدني التحصيل المدرسي، بدءً من المرحلة الابتدائية وحتى المرحلة الثانوية، كما قد يعانون من صعوبة في القراءة وتأخر لغوي ومشكلات في الانتباه، وهذا بدوره يزيد من احتمال تدني تقدير الذات عند هؤلاء الأطفال.

وقد تكون البرامج القائمة على أنشطة منوعة كالأنشطة الثقافية، والألعاب الرياضية، ورواية القصص الهادفة التي تلفت انتباه الطلاب إليها، من أفضل الطرق لمعالجة

نواحي القصور والتأخر سواءً في المهارات الأكاديمية أو الاجتماعية، وتدريبهم عليها من خلال هذه الأنشطة التي يحبونها، والتي تختلف عن روتين الحصة الصفية التي اعتادوا عليها.

ومن هنا تعددت تعريفات مصطلح الأنشطة اللاصفية تبعًا للهدف من هذه الأنشطة ووظيفتها الإجرائية لدى الطلاب، والأبعاد الفرعية التي تتكون منها، ومدى الاستفادة منها عمليًا سواء داخل المدرسة أو خارجها في المجتمع المحيط.

فقد عرفها نيومان (Newman, 1991 :7) بأنها انشطة لا منهجية تشمل كل نشاط يقوم به الطلاب خارج حجرات الدراسة وتشكل جزءًا من حياتهم الطلابية، لكنها ليست جزءًا من المناهج المقررة، كالمشاركة في الألعاب الرياضية و الجمعيات والنوادي المدرسية والاجتماعية، والصداقة والعلاقات الأخرى.

وعرفها (الزهراني،١٩٩٧: ٢٤) بأنها مجموعة البرامج والخدمات التي ينتمي إليها المتعلم ضمن منظومة العلاقات الاجتماعية التي تحكم الجماعة، وتؤدى إلى اكتساب الخبرات التربوية والاجتماعية التي تساهم في بناء الشخصية وتكاملها.

في حين يعرفها (شاكر، ١٩٩٨: ٥٩) بأنها نوع من الأنشطة تزود المتعلمين بمعارف وخبرات ومفاهيم تدعم التعامل المنشود في ظل علاقات إنسانية سليمة، ودعم الروابط الاجتماعية واكتساب أنماط سلوكية وشخصية مرغوبة، فضلاً عن كونها تجعلهم أكثر قدرة على المثابرة وتحمل المسئولية من خلال الاستثمار الطيب لأوقات الفراغ، وبذلك تمكن الطلاب أو المتعلمين من التعرف على واجباتهم الاجتماعية في المجتمع، وينمى لديهم إمكانات التعامل المنشود في ظل علاقات إنسانية مناسبة.

أولاً : التربية البدنية لذوي الإعاقات

أصبحت ممارسة الأنشطة الترويحية من الضرورات المرتبطة بالصحة الوقائية للإنسان، حيث أكدت الدراسات المردود الإيجابي للأنشطة البدنية على أجهزة الجسم المختلفة متضمنة الجهاز الدوري والتنفسي والعضلي، وغيرها، بل وحتى الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد، أما بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقات فقد تكون اهمية ممارسة الأنشطة

البدنية مضاعفة، حيث إنها ليست وقائية فحسب بل إنها ترتقي لتكون تأهيلية ايضا، وذلك بسبب قلة حركتهم الناجمة عن إعاقتهم بشكل مباشر وغير مباشر مثل (حماية الأهل الزائدة) ولقد اثبتت نتائج العديد من التجارب أن الأطفال الذين لا يتمتعون بالرعاية التربوية في المجتمع تظل قدرتهم الحركية غير مكتملة او لا تصل إلى مستوى اقرانهم ممن يتمتعون بهذه الرعاية.

وتشكل عملية تعلم ذوي الإعاقات للمهارات الحركية أهمية كبرى في دروس التربية الرياضية بالمدرسة بصفة عامة، فهي تهدف إلى



إكساب الفرد للمهارة الحركية وإتقانها بحيث يمكنه استخدامها بصورة جيدة.

وطبيعة ومجال التربية البدنية لا يتضمنان تعليم وتدريب الألعاب الرياضات فقط بل يشملان أيضا ألوانا أخرى من النشاط كالتمرينات العلاجية والتأهيل، والرياضة يلجأ إليها الكبار والصغار العاديين وغير العاديين لتمضية الوقت، فهي تمهد للجميع فرص التدريب والاستجمام والكفيف يجب أن يكون ذا مهارة حركية مناسبة في أكبر عدد ممكن من الألعاب المختلفة وقوانينها ومعرفة الفوائد التي تعود عليه من جراء ممارستها (مراد، ١٤٢٥).

وقد يعتقد البعض عدم أهمية التربية البدنية للمعوقين أو كونها ضارة لهم بدنيا أو نفسيا أو اجتماعيا ، لكن الدراسات والأبحاث العلمية والتجريبية أثبتت عكس ذلك. والجدير بالذكر ان التربية البدنية وانشطتها المختلفة لها أهمية للمعوقين قد تفوق في اغلب

الأحيان اهميتها لغير ذوي الإعاقات من جميع النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية فمن الناحية البدنية وجد ان ممارسة غير ذوي الإعاقات للأنشطة البدنية في اغلب الأحيان وقائية ولكنها بالنسبة للمعوقين علاجية حيث تعتبر قلة الحركة من الصفات المصاحبة لمعظم الإعاقات والتي تكون بسبب الإعاقة ذاتها كما في الإعاقات الحركية، أو بسبب ظروف ذي الإعاقة النفسية أو الاجتماعية كالانطوائية مثلا، وقد تؤدى قلة الحركة إلى بعض التغيرات الفسيولوجية السلبية التي تجعل ذوي الإعاقات اكثر عرضة لما يعرف بأمراض نقص الحركة والتي تتضمن ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب التاجية ومرض هشاشة العظام وغيرها. وقد أكدت الدراسات العلمية على أن ممارسة ذوي الإعاقات للأنشطة البدنية تساهم بفعالية في رفع مستوى لياقتهم البدنية وبالتالي التقليل من الأعراض الناجمة عن قلة الحركة أما من الناحية النفسية والاجتماعية فان ذوي الإعاقات غالبا ما يعانون من المشكلات النفسية والاجتماعية ، وقد يؤدى ذلك للشعور بالدونية التي يزيدها سوءا معاملة افراد العائلة والأصدقاء للمعوق على انه عديم الفائدة.

كما قد يصاحب هذا الشعور ارتفاعا في مستوى القلق ، وقصورا في تقدير الذات وفقدانا للثقة بالنفس مما ينتج عنه الانطوائية والعزلة وتنمية الاتجاهات السلبية ضد المجتمع وتعيد المشاركة.

كما أن الأنشطة البدنية تعيد التوازن النفسي للمعوقين في اغلب الأحيان وتنمي لديهم الثقة بالنفس وتقدير الذات خصوصا عندما تكون خبرات المشاركة ناجحة، كما توفر مشاركتهم في الأنشطة البدنية الفرص المناسبة لتفاعلهم مع اقرانهم من ذوي الإعاقات وغير ذوي الإعاقات مما يؤدى إلى تقبل الآخرين بعد تغيير مفاهيمهم باكتشاف قدرات ذوي الإعاقات بدلا من التركيز على إعاقتهم.

ونظرا لما تقدمه برامج التربية البدنية للمعوقين فقد ألزمت بعض الدول جميع مدارسها بتقديم برامج تربية بدنية خاصة لجميع الطلاب ذوي الإعاقات. وقد تقررت التربية البدنية بهذا الإلزام الصريح دون غيرها من القدرات.

أهمية التربية البدنية لذوي الإعاقات:

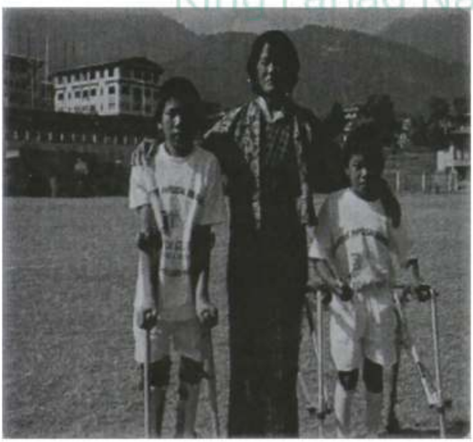
هناك مردود على درجة كبيرة من الأهمية التي تنعكس على ممارسة ذوي الإعاقات للرياضة من بينها ما أورده إبراهيم، مروان (٢٠٠٢) ما يلي:

أولا: إعادة تأهيل الجهاز العضلي :

يهدف التدريب التأهيلي للعضلات السليمة ما فوق مستوى الإصابة إلى تنمية عنصر القوة العضلية وهو أحد عناصر اللياقة البدنية للمعوقين.

فقد كانت النظرة القديمة أنه ليس هناك ارتباط وظيفي بين الجزء المصاب والجزء المريض من الناحية العصبية وتطوير ذلك إذا ما علمنا تداخل الجزء المصاب في النخاع الشوكي بالجزء السليم وأن الجزء المصاب ما زال مرتبطا بالجهاز المركزي ما فوق مستوى الإصابة وبالتالي تتداخل التغذية العصبية للمجاميع العضلية فوق مستوى الإصابة نظرا لارتباطها بجذور المنشأ العصبي وبخاصة في حالات إصابة عضلات الحوض.

وتهدف أيضا التدريبات التأهيلية إلى تنمية القوة والجلد العضلي لمقاومة الإرهاق العضلي، كما أن زيادة القوة العضلية لعضلات الأطراف العليا بالممارسة الرياضية تهدف إلى الاعتماد عليها بدرجة كبيرة لممارسة رياضات رمي الرمح وقذف الثقل والجري بالكراسي المتحركة وذلك بزيادة قوة عضلات الساعدين والعضدين وحزام الكتف وعضلات الظهر، وتبدأ التدريبات التأهيلية للمعوق وهو في سرير المستشفى باستخدام الأدوات المساعدة مثل زنبرك شد عضلات الكتف والصدر وبعض الأثقال والتي تزداد تدريجيا طبقا لحالة ذي الإعاقة، وبمجرد جلوس ذي الإعاقة



على الكرسي المتحرك يلزم ان يمارس التدريبات بالأثقال ضد مقاومة وتدريبات المرجحة العمومية والأمامية وبزاوية وباستخدام الصولجانات الخشبية ويجب أن نراعي التدريج عند اداء التمرينات بالأثقال، ويمكن للمعوق ممارسة الرياضات المختلفة مثل رياضة القوس والسهم (الرماية بالسهم) لزيادة قوة عضلات الكتف والطرف العلوي وعضلات الظهر. ويتوقف حجم التدريب على لياقة ودرجة إصابة ذي الإعاقة وتزايد القوة العضلية والتحمل باستمرار عملية التدريب لمدة طويلة.

ثانيا: إعادة تأهيل الجهاز العصبي:

وجد ان هناك مسارات حسية جديدة تنمى لدى ذي الإعاقة بالشلل النصفي السفلي لتساعده على الاحتفاظ بتوازنه ووضع جسمه وهي أول مكتسبات التدريبات الرياضية التأهيلية له فيما يخص تنمية مهاراته الحركية،. ويرجع ذلك لطبيعة التغذية العصبية التشريحية وتذهب الإشارات العصبية الواردة من خلال أي حركة مثل رفع الأطراف العليا عند الجلوس وتنقل تلك الإشارات من مصابي شلل الأطراف السفلى إلى الحبل الشوكي فوق مستوى الفقرات المصابة ومنه إلى المراكز العصبية العليا المتحكمة في التوازن والتي بنتج هنا إشارات عصبية صادرة للجهاز لحفظ توازن المريض.

وقد تؤدى الإصابة الكاملة في الحبل الشوكي إلى فقدان حسي بالإضافة للفقدان الوظيفي الحركي وذلك تحت مستوى الفقرات المصابة في العمود الفقري للمعوق الذي يجد صعوبة في حفظ توازنه الحسي والتي تزداد كلما ارتفع مستوى الفقرات المصابة.

وعند وضع البرنامج التأهيلي للمعوق يجب مراعاة التمرينات الرياضية التي تساعد في تنمية ما يبق مع حفظ وتنمية التوازن يلي ذلك أداء تدريبات توازن أمام المرآة ويرفع الأطراف العليا في اتجاهات مختلفة ثم أداء توازن بالأطراف العليا مع غلق العينين.

وتعد رياضة الرماية بالسهام في هذه المرحلة هام جدا لاستعادة التوازن ووضع الجسم عند ذي الإعاقة. وفي المرحلة التالية لتنمية حفظ التوازن لدى ذي الإعاقة بشلل نصفي سفلي يعطى تمرينات أو تدريبات رمي والتقاط الكرة العادية ثم التدرج بكرة طبية أثقل نسبيا.

وفي هذه المرحلة يفضل ممارسة ذي الإعاقة لرياضة رمي الرمح وقذف الثقل وفي المرحلة الأخيرة للتأهيل لتنمية واستعادة توازنه تعطى تمرينات باستخدام الكرة الطبية (تمرينات تبادلية سيعة من حركة للأطراف العليا وحركة الجسم ضد مقاومته) ويفضل في هذه المرحلة ممارسة رياضة تنس الطاولة، وكرة السلة على الكرسي المتحركة ، يشكل متابعة الكرة والخصم والحركات الرياضية المطلوبة عنصرا مهما في استعادة ذي الإعاقة لتوازنه وتحكمه في وضع جسمه.

كما يفضل أيضا ممارسة ذي الإعاقة بالشلل النصفي السفلي أو الشلل الرباعي لرياضة السباحة لتساعده في استعادة توازنه ووضع جسمه في الماء ويلاحظ أن الجزء المشلول للمعاق خاصة في الإصابات العليا للعمود الفقري يطفوا بسهولة في الماء عند ممارسة السباحة على الصدر لذلك يجد ذي الإعاقة صعوبة في الاحتفاظ برأسه وكتفيه أعلى من سطح الماء ويلزم له تعديل طريقة السباحة لحفظ التوازن في الماء.

ثالثا: إعادة تأهيل القلب والجهاز الدوري

بعد تأهيل القلب والجهاز الدوري للمعوقين بشلل العمود الفقري في نفس أهمية إعادة تأهيل الجهاز العصبي العضلي.

ففي المراحل الأولى لإصابات الحبل الشوكي يصاحبها حرمان الأوعية الدموية في المنطقة المصابة بعد التحكم الخاص بتقلص الأوعية الدموية نتاج طبيعي للشل في المراكز الخاصة بذلك خاصة في الإصابات فوق الفقرات الصدرية الخامسة حيث يتلاشى التأثير الوظيفي للعصب الحشوي (splanchnic Nerve) لذلك نلاحظ حدوث احتقان دموي بالأحشاء والأطراف السفلي عند وقوع ذي الإعاقة من وضع الوقود لعدم القدرة على تقلص الأوعية الدموية بالأحشاء وبالتالي نقل كمية الدمل الوريدي في تجسم ويصبح ضخ القلب غير كاف.

كما وجد قلة هرمون الأدرينالين والنور أدرينالين نم إفراز الغدة فوق الكلى للمعوق بالشلل نتيجة إصابات في المستويات العليا من العمود الفقري (الفقرات العنقية وأعلى

الصدر) وذلك بنسبة اقل من الموجود في بلازما الأصحاء وهو ما يفسر انخفاض ضغط الدم في بعضهم وتعرضهم لحدوث إغماء عند الوقوف وبنسبة أعلى من الأصحاء عند تعرضهم لنفس الظروف خاصة عند ذوي الإعاقات الذين توجد إصابتهم أعلى من الفقرات الصدرية السادسة وأعراض ذلك تبدأ عند بزغللة في البصر ثم بشبه فقدان له مع حدوث أصوات رنين في الأذن ثم فقدان الوعي وذلك عند تغيير وضعهم من الوقود إلى الوقوف والذي يصاحبه زيادة في عدد ضربات القلب ولكن قلة ضخ الدم منه والانخفاض في ضغط الدم سببان في هذا الإغماء، وهو ما يحدث أيضا لمعوقي الشلل الرباعي وهو ما يمكن إخفاءه والتغلب عليه بالتدريب الرياضي الذي يزيد من نسبة هرمونات الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم ويعيد التحكم في تقليص الأوعية الدموية. ويفضل مساعدة ذي الإعاقة بعمل رباط خارجي للبطن قبل نقله نم وضع الرقود إلى وضع الوقوف.

رابعا: إعادة تأهيل الجهاز التنفسي

تؤدى الإصابة بشلل الفقرات العنقية وأعلى الصدرية إلى إعاقة وشلل في العضلات التنفسية ما بين الضلوع وعضلات البطن وبالتالي قلة الكفاءة بالتنفسية عند ذي الإعاقة.

وتعتمد الكفاءة التنفسية للمصاب بالشلل الرباعي على حركة الحجاب الحاجز وتقل هذه الكفاءة نظرا لشلل عضلات البطن ونتيجة لذلك تقل السعة الحيوية للمعوقين بالشلل الرباعي إلى ثلث قيمتها الطبيعية كما تقل النسبة تقريبا الإحجام التنفسية الاحتياطية في عملية الشهيق والزفير ويزداد هذا الانخفاض إذا ما كان ذي الإعاقة في وضع الوقوف.

الأهداف العامة للتربية البدنية لذوي الإعاقات

تتفق التربية البدنية الخاصة في أهدافها الرئيسة مع التربية البدنية العامة (للعاديين) حيث تهدف إلى تنمية عناصر اللياقة البدنية وبخاصة ما يرتبط منها بصحة الطلاب، والمحافظة عليها وتقدير مهاراتهم الحركية بما يعزز مشاركتهم في الأنشطة



البدنية طوال فترات حياتهم، مع تنمية الاتجاهات الايجابية والمفاهيم المعرفية المرتبطة بممارسة النشاط البدني في ضوء تعاليم ديننا الإسلامي الحنيف كما تهدف إلى ما يلي:

(١) تحقيق النمو المتكامل والمتزن للفرد إلى أقصى ما تسمح به استعداداته وإمكاناته عن طريق المشاركة الفعالة في الأنشطة البد نية التي تتناسب مع خصائص كل إعاقة، وتحت أشراف قيادات تربوية مؤهلة.

(٢) تنمية المفاهيم المعرفية المرتبطة بممارسة النشاط البدني من خلال ربط مادة التربية البدنية بالمواد الأخرى وتطوير العمليات العقلية كالتصور الحركي والتصور الذهني للأداء والإدراك الحركي والبصري والسمعي للمهارة الحركية المناسبة لكل فئة.

(٣) تطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة: وترتكز اللياقة البدنية على العلاقة بين الصحة والنشاط البد ني، وتشتمل على العناصر التالية:

- ☑ التحمل القلبي التنفسي.
- ☑ القوة العضلية.
- ☑ التحمل العضلي.
- ☑ المرونة.
- ☑ نسبة الشحوم في الجسم.

(٤) تطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالمهارة، وتشتمل على تطوير جميع عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالمهارة كالسرعة، والتوافق، وزمن رد الفعل، والقدرة العضلية، والرشاقة، والتوازن.

(٥) تطوير المهارات الحركية الأساسية:

والتي تشتمل على المهارات التالية :

- ☑ الانتقالية مثل المشي، الجري، الوثب.
- ☑ غير الانتقالية مثل الثني والمد واللف.
- ☑ التحكم والسيطرة مثل الرمي والقذف والركل.

تشكل المهارات الحركية الأساسية أساسًا جيدًا لبناء العديد من مهارات الحياة اليومية حيث تعتبر القاعدة التي يعتمد عليها التلاميذ في التعامل مع البيئة وهي التي تشكل الأبجديات التي يمكن ان يتكون منها اي تكوين حركي مركب كما يمكن عن طريقها معرفة احتياج التلاميذ البدنية والوفاء بها وتستخدم للفئات الخاصة في الناحية العلاجية.

(٦) تطوير الجانب الاجتماعي: تساعد التربية البدنية وانشطتها ذوي الإعاقات على تعلم المهارات المناسبة للتعامل مع الآخرين وتوفير الفرص لتفاعلهم الاجتماعي مع البيئات المختلفة.

(٧) تطوير الجانب النفسي: تساهم التربية البدنية في تطوير الكثير من الجوانب النفسية لذوي الإعاقات كتعزيز مفهوم الذات الإيجابي وتنمية الإدراك الجسمي ومساعدتهم في تقبلهم لنواحي القصور التي بصعب تغييرها.

وللتفريق بين التربية البدنية الخاصة والتربية البدنية العامة للعاديين يجب أم نوضح ان التربية البد نية العامة للعاديين تقوم على عدة فرضيات تتضمن:

- ☑ تمتع التلميذ بمفهوم ذات جيد.
- ☑ كفاءة اجتماعية معقولة.
- ☑ صحة عقلية مناسبة تمكنه من الاستفادة من التعليمات.
- ☑ امتلاك التلميذ للسلوكيات الضرورية للمشاركة في الألعاب وإتباع القوانين وتحقيق النتائج الموجودة من متعة وشعور بالرضا.
- ☑ سلامة المستقبلات الحسية والعمليات الإدراكية التي تمكن التلميذ من استقبال عددا من التغيرات في وقت واحد.

☑ قدرة التلميذ على تصميم ما يتعلمه في المدرسة من مهارات للاستفادة منها مدى الحياة



اما التربية البدنية الخاصة فإنها لا تفرض أي من هذه الفرضيات مسبقا، حيث تكون الأهداف فردية ومبنية على نتائج القياس، فحاجات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة تفوق ويكثير اقرانهم العاديين، فمثلا - توقع الفشل في الأنشطة والذي يقابله العاديين كأمر اعتيادي يؤدى في المقابل إلى قصور في تقدير الذات والشعور بعدم القدرة على التعليم بالنسبة لذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، لذا ينبغي علاج هاتين الحالتين واستناد عملية التدريس إلى أسلوب تحليل الواجب أو المهارة لتلافي الفشل. كذلك تختلف مسؤولية معلم التربية البدنية العامة عن معلم التربية البدنية الخاصة من حيث حصر مسؤولية الأول على ما يرتبط بالمنهج والدرس وطرق التدريس في المدرسة، بينما تتعدى مسؤولية الثاني إلى البيئة المدرسية لتشتمل التنسيق مع الأفراد والمؤسسات الراعية لذوي الإعاقات في المجتمع.

الأهداف الخاصة التربية البدنية لذوي الإعاقات:

تمثل التربية البدنية والرياضة بشكل عام عنصر هامًا ومؤثرً في حياة ذوي الإعاقات حيث أن لها فوائد عديدة تمس جميع جوانب ذوي الإعاقات سواءً البدنية أو الاجتماعية أو النفسية أو العقلية كما أن الرياضية لها علاقة مباشرة بصحة الفرد من ذوي الإعاقات.

وإذا تحدثنا عن التربية البدنية وعلاقتها بالجانب البدني فأن التربية البدنية تلعب دورًا مهمًا وفعالاً في التكوين البدني لذوي الإعاقات وتساعد على بناء العضلات وتزيد من لياقة

الفرد وقوة التحمل ويشترط في ذلك أن تكون الممارسة صحيحة وبشكل قانوني ومقنن حتى لا يكون لها انعكاسات سلبية.



وممارسة الرياضة لذوي الإعاقات بشكل جماعي مع اقرنائهم من الأسوياء أو من ذوي الإعاقات لها فوائد اجتماعية كبيرة فأنها تزيد من أواصر المحبة والأخوة والتعاون واحترام القوانين والأنظمة وحب المنافسة والتغلب على الذات وتكسب الفرد المهارات القيادية والبدنية الفنية المهارية وكذلك تزيد من الانتماء والثقافة وفن التعامل مع الآخرين أما الجانب النفسي فأن ممارسة ذوي الإعاقات للرياضة التي تتناسب مع إمكانياتهم وقدراتهم البدنية والعقلية وتمكنهم من المتعة والانسجام والشعور بالتغلب على الإعاقة ودخول دائرة المنافسة والشعور بالنصر فحتما بأن يكون هناك مردود ايجابي مؤثر في تعديل بعض السلوكيات الملازمة للفرد.

كما أن هناك العديد من الرياضات المعدلة التي تتناسب مع قدرات وإمكانيات ذوي الإعاقات ومنها العاب القوى (الميدان والمضمار) وكذلك الألعاب الجماعية مثل كرة القدم للإعاقات السمعية والذهنية وكرة الهدف للمكفوفين وكرة السلة للإعاقات الحركية والسباحة وكرة المضرب وتنس الطاولة والعاب الجمباز وكرة الطائرة والريشة الطائرة والألعاب المائية وهذه الرياضات قد شرع لها قوانين وأنظمة من قبل الاتحادات الدولية والقارية وكذلك المحلية بما يتناسب مع إمكانيات وقدرات ذوي الإعاقات والطبيعة المكانية.

إن تأثير العديد من الإعاقات على مستوى اللياقة البدنية العامة للفرد يعتبر محدود نسبيا إن لم يصاحبه إعاقة أخرى، فهناك بعض التغيرات الخاصة في طبيعة الأداء الحركي

للمكفوف شابا كان أو متقدما في العمر، ومن أمثلة ذلك ما قد يصيب أدائه الحركي من الانخفاض في الحركة النسبية والناتجة من الخوف من الاصطدام أو السقوط على الأرض، وذوي الإعاقات من صغار السن نجد أنهم في حالة عدم أدائهم لدروس متخصصة في التربية الرياضية يفتقدون القدرة على أداء الحركات التوافقية بأيديهم، كما أنهم يصابون غالبا بتشوهات جسمية خلال مراحل نموهم العضوي، كما أنهم قد يتعرضون نتيجة لذلك للبدانة وزيادة الوزن، وما قد يصاحبها من أخطار صحية معروفة.

وتهدف ممارسة الرياضة والتربية البدنية لذوي الإعاقات إلى:

(١) تنمية اللياقة البدينة الشاملة.

(٢) النمو المتزن لجميع أجهزة الجسم.

(٣) انها تقوم بدور مهم في بناء الجسم السليم.

(٤) زيادة شعورهم بتأقلمهم مع المحيطين بهم.

(٥) تنمية الروح الرياضية والسلوك الرياضي السليم.

(٦) الثقة بالنفس وبمن حولهم من أفراد وأدوات وأجهزة.

(٧) حسن استغلال أوقات الفراغ في الأنشطة والهوايات الرياضية.

(٨) تعزيز السلوكيات التي تعين ذي الإعاقة على أن يكون مواطنا صالحا.

(٩) تشجيع وتنمية استعداداتهم الوظيفية وبخاصة الجهاز العصبي العضلي.

(١٠) زيادة الاعتماد على المستقبلات الحسية في الجلد(حاسة اللمس) والعضلات والمفاصل لتعويض المستقبلات الحسية المفقودة(بصرية كانت أو سمعية)

(١١) تساعدهم رياضة السباحة بدرجة كبيرة على استعادة لياقتهم وكفاءتهم الفسيولوجية.

(١٢) في حالة تعلمهم للحركات الحرة الأولية مثل الجري المستقيم لمسافات فإنها تزداد تدريجيًا، وكذلك يساعدهم المشي أيضا على استعادة لياقتهم.

ولكي يستطيع ذوي الإعاقات ممارسة الرياضة يتطلب ذلك أمور مهمة منها:

(١) اختيار المكان الخالي من ذي العوائق والتقاطعات.

(٢) اختيار أخفف الملابس وانسب الأحذية.

(٣) وضع هدف للوصول إليه والعودة منه لتلافي أسلوب التحول العشوائي الذي يؤدى به إلى الملل مع اصطحاب الرفيق المريح.

(٤) المداومة والالتزام اليومي أو الدوري.

(١) تدريب التلاميذ على احترام القواعد والأنظمة والتعاون وإنكار الذات.

(٢) العمل على إكساب التلاميذ اللياقة البدنية وتنمية التوافق العضلي العصبي.

(٣) العناية بالقوام وعلاج العيوب اوالتشوهات التي تطرأ على قوامهم وفقا لنوع الإعاقة.

(٤) العمل على تقوية أجهزة الجسم الحيوية كالجهاز العضلي والدوري والتنفسي وغيرها.

(٥) التقليل من الآثار السلبية المترتبة على وجود الإعاقة سواء كانت آثار نفسيه أو اجتماعية.

(٦) تهيئه الفرص للتلاميذ لتنمية مهاراتهم وخبراتهم من خلال الأنشطة الرياضة والترويحية.

(٧) نشر الوعي الرياضي والصحي بين التلاميذ والمدرسين وإكساب التلاميذ ثقافة رياضية عامة.

(٨) اشتراك التلاميذ في رسم وتنظيم وتقويم خطط النشاط وتأهيلهم للقيادة الرشيدة والتبعية الواعية المستنيرة وتحمل المسؤولية.

(٩) تكوين إحساس لدى ذي الإعاقة بقيمته بين افراد مجتمعه مما يعطيه الحافز لزيادة قدراته واستغلالها في الارتقاء بنفسه.

(١٠) الترويح والارتفاع بروح الجماعة وتعويدهم على التعاون والصفات الأخلاقية الأخرى وحب الانتماء للجماعة مما يؤدى بالتالي إلى حب الوطن.

(١١) الاعتماد على النفس في قضاء احتياجاتهم المختلفة مما يؤدى إلى ارتفاع بالمستوى الاجتماعي وعدم الاعتماد على الغير.

(١٢) تنمية اللياقة البدنية المهنية التي تناسب كل مهنة بما يتمشى والحالة التي توجد لديهم من إعاقة ودرجتها.

(١٣) العمل على قضاء وقت الفراغ في أنشطة تعود عليهم بالفائدة مع تعويدهم على الحياة الاجتماعية والارتقاء بالروح المعنوية لديهم.

العوامل المؤثرة في ممارسة الأنشطة الرياضية لذوي الإعاقات:

لتنمية المهارات لدى ذوي الإعاقات بأداء التمرينات والمنافسات الرياضية تمر بعمليات وظيفية مختلفة فمن التأقلم تصل إلى التأهيل للوصول إلى أعلى الدرجات من الكفاءة الوظيفية الممكنة للجهاز العصبي لتمكن ذي الإعاقة من الوصول إلى قمة اللياقة البدنية بعناصرها المعروفة من مهارة ، جلد دورى تنفسي، قوة عضلية، مرونة، سرعة، توافق عضلي عصبي الذي يشمل بدوره على الدقة والتوازن والرشاقة وللحصول على هذه العناصر لابد أن نأخذ في عين الاعتبار عدة عوامل مختلفة تشتمل على ما يلي :



(١) نوع وشدة الإعاقة:

لا بد من التفريق بين نوع وشدة الإعاقة فمثلا عند ذوي الإعاقات بالشلل النصفي يجب التفرقة بين الشلل الكلي والشلل الجزئي ومستوى الفقرات المواكب للإصابة وهل يصاحب الإصابة شلل تقلصي، وشلل ارتخائي بالعضلات.

كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار درجة الفقدان الحسي بوضع الجسم وتوازنه فيس الوضع القائم وكذلك أي خلل بالدورة الدموية خاصة في الإصابة بالشلل ما فوق الفقرة الصدرية الخامسة.

ويجب أن تتم الممارسة الرياضية لمعوقي الشلل النصفي السفلي الكامل أو الجزئي من وضع الجلوس. في حين انه في المجالات الأقل حدة للشلل الجزئي يمكن للمعوقين المشي أو استعادة إمكانية المشي وتختلف تبعا لذلك نوع التمرينات الرياضة وطريقة أدائها.

(٢) تناسب نوع الرياضة مع نوعية الإعاقة:

لا بد وان تتناسب نوع الرياضة مع طبيعة الإعاقة الحادثة ما بعد الإصابة وتزداد هذه النقطة في الأهمية للمعوقين بالشلل الرباعي او أصحاب الإعاقة المركبة(شلل رباعي + بتر)

(٣) تناسب قواعد الممارسة الرياضية الخاصة مع نوع الإعاقة :

إن الرياضة طريق علاج تكميلي وتأهيلي ناجح للمعوقين للارتقاء بمستوى لياقتهم البدنية العامة. ويلزم في هذا المجال مراعاة الرغبات والميول النفسية للمعوقين في اختيار الرياضة المناسبة لميوله فضلا عن صلاحيتها الفنية لنوعية إعاقته.



ومن خلال ممارسة ذوي الإعاقات للتمرينات الرياضية ومنافستها ستتضح ميوله ومدى استعداده الفطري باستمراره في نوع معين من الرياضة. وها يلزم تشجيعه لممارستها ما بعد خروجه من المستشفى كجزء ترويحي مهم من الناحية النفسية والبدنية.

وليس هناك تقسيمات محددة ما بين فترة التأهيل الطبي للمعوق وبداية تدريباته لممارسة الرياضة التنافسية الخاصة. كما أنه لا تختلف القواعد الأساسية في اكتساب المهارات التدريبية في الرياضة الخاصة للمعوقين عنها للأصحاء. ويتلخص ذلك في أداء تدريبات فنية متكررة للوصول إلى أعلى درجة من اللياقة البدنية العامة والخاصة، والفرق الوحيد في حالة ذوي الإعاقات بالشلل هي نوعية التدريبات الحركية للرأس والجذع والأطراف العليا.

ونلاحظ هنا اختلاف ذوي الإعاقات عن الأصحاء في عناصر اللياقة البدنية حيث تقل فيهم العناصر عن الأصحاء ويلزم ذلك عند تطبيق علم التدريب الرياضي الذي ست\نقوم

بشرحه في المبحث القادم وكذلك فإن هناك اختلافا تدريبيا في الحركات الفنية عند تدريب ذوي الإعاقات، وعند التدريب يجب الا ننسى عنصر الأمن والسلامة لدى اللاعبين فمثلا عند رمي الرمح يجب الحرص التام من قبل اللاعبين وكذلك القوس والسهم ورمي القرص لأنها أدوات تعرض اللعب للخطر وعند اللاعب للخطر وعند لاعبي كرة السلة يجب الاهتمام بالجوانب الوقائية من الإصابات بتجنب الاصطدام مع كرسي الخصم.

أسس اختيار الألعاب الرياضية لذوي الإعاقات:



إن العمل مع ذوي الإعاقات ليس بالأمر الهين كما يتصوره البعض بل يجب أن يتخصص العاملون مع هذه الفئة نفسيا ورياضيا واجتماعيا وان يكون لديهم القدرة على العمل. وان يتصرف مع طبيعة كل منهم، يجب أن يكون اختيار التمرين الرياضي لكل فرد بمنتهى الدقة والحذر ليكون ملائما مع نوع الإعاقة والحلة التي يعيشها فلذلك يجب الأخذ في الحسبان النقاط التالية عند اختيار التمارين او الألعاب الرياضية للمعوقين:

(١) بجب أن يتم اختيار الأنشطة والفعاليات والمهارات الرياضية بصورة متنوعة لكي تؤثر في اجسامهم وألا تختص بأجزاء معينة نم الجسم دون الأخرى.

(٢) ان يراعي أسلوب التدرج في إعطاء التمرينات ابتداء من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المعقد.

(٣) يجب أن يهتم المدرب في اختياره التمرينات التحضيرية (الإحماء) وان يكون دقيقا ولا يشرك العضو المصاب.

(٤) يجب أن يكون اختيار الفعاليات الرياضية متمشيا مع قدرات وقابليات ذوي الإعاقة البدنية والنفسية والعقلية وتتناسب مع نوع الإعاقة.

(٥) ان يكون النشاط الرياضي المختار غرضيا اي يؤدى إلى رفع مستوى قدرة أو تعليم أو زيادة كفاءة صفة اجتماعية حميدة انجاز عمل ذب نفع عام.

(٦) عند اختيار النشاط الرياضي يجب أن يكون منسجما وملبيا لحاجة المجتمع ومثيرا لعناصر المتعة والرغبة والاندفاع والمثابرة في نفوس ذوي الإعاقات

(٧) إن الهدف الأساسي من ممارسة التمرينات البدنية أو مزاولة المهارات الرياضية هو لزيادة مرونة المفاصل والعضلات في الجسم وإصلاح العيوب والتشوهات الناتجة عن الجلوس الطويل أو النوم. لذا وجب اختيار التمرينات المناسبة التي تؤدى إلى تصحيح بعض الأوضاع الجسمية الناتجة عن بعض الأوضاع والعادات الخاطئة.

ثانيًا : التربية الفنية لذوي الإعاقات

إن الأطفال ذوي الإعاقة بحاجة دائمًا إلى ما يثير انتباههم وحواسهم، ليقضوا وقتًا سعيدًا بعيدًا عن التعلم الأكاديمي، لان قدراتهم محدودة، وحين يقوم الأطفال ذوي الإعاقة بعد الحبات الملونة على العداد مثلاً فهذه لعبة يستفاد منها مستقبلاً في تعليمهم كيف يستخدمون العد وكيف يقومون بتركيب جزء ووضعه في مكانه الصحيح. والأطفال ذوي الإعاقة إذا ما قاموا بالتلوين فإنهم يفعلون ذلك بغرض التلوين فقط وليس تلوين شكل معين فعن طريق



اللعب يمكن أن يتعرفوا على أسماء الألوان والعلاقة بينها ومع نمو الخبرة وتراكمها لديهم يمكن أن يكتشفوا أن اللون الوردي له علاقة باللون الأحمر والبرتقالي مثلاً له علاقة باللون الأصفر وغير ذلك من الممارسات المختلفة أثناء لعبهم يستطيعوا أن يكونوا صورًا ذهنية بسيطة عن الألوان، ومن المجالات المفضلة للأطفال ذوي الإعاقة (الرسم على الرمال، عمل

نماذج من العلب والمكعبات، الحفر على النحاس)، مع مراعاة أن تكون العدّد والأدوات غير حادة ويفضل أن تكون من البلاستيك.

أهمية ممارسات الفن في مجال رعاية ذوي الإعاقات

تتضح اهمية ممارسات الفن لدى ذوي الإعاقات في النقاط التالية عبد الحميد(١٩٩٠): السويفي (١٩٩٩):

(١) الكشف عن خصائص الفنية لدى ذوي الإعاقات:



من خلال تحقيق أهداف التربية الخاصة من عمليات تحقيق الذات والتوافق ومن خلال الممارسات الفنية المتعددة سواء التي تجري تحت إشراف معلم التربية الفنية أو المهتمين بالدراسات النفسية يمكن الوقوف على خصائص فنون الأفراد غير العاديين على اختلاف انواعهم، وهناك دراسات وضحت بعض مميزات رسوم الطفل الانطوائي والطفل الأصم، والطفل الذي يعاني من انحرافات انفعالية بالإضافة إلى مميزات التعبير الفني للطفل الموهوب .

(٢) تنمية الحواس:

إن ممارسات الفن لها ايضًا تأثيرها الايجابي على تنمية الحواس، فهي تتيح للحواس وبعض من أعضاء الجسم، كالبصر واللمس، فرصة كبيرة لتناول الخامات، ومعالجات متنوعة، وهذا يساعد على تنمية الحواس، والقدرة على التمييز بين الأشكال و الهيئات والصور و الألوان وغيرها، وعلى توظيف العضلات الصغيرة والكبيرة، وبالتالي اكتساب المهارات اليدوية.

(٣) العلاج بالفن:

إن ممارسات الفن الموجهة إلى أغراض تشخيصية وعلاجية، تقوي دفاعات النفس تجاه مصادر ومسببات الأمراض النفسية، وتساعد المريض على تأسيس ما يسمى بالميكانيكية الدفاعية في سلوك بناء، كما يتعلم دفاعات جديدة. أهمية ممارسات الفن في مجال رعاية ذوي الإعاقات.

إذ تتيح ممارسة التربية الفنية فرصة للتنفيس وقد أكد أرسطو قديمًا ان للتنفيس فائدة كبرى لأنه يساعد على التخلص النفس الإنسانية بتطهيرها من الانفعالات الزائدة أو من العناصر المؤلمة المتصارعة داخلها .

(٤) الاتصال بالبيئة

أن ممارسات الفن تدعم التجارب المتواصلة للبيئة، وهي وسيلة لتنشيط اهتمامات الفرد بالبيئة وتوثيق علاقته بها، ومن ثم يمكن أن نلاحظ أهمية هذه الممارسات لأولئك الذين فقدوا بعض وسائل التفاهم الرئيسية تمامًا ، كالصم وضعاف السمع، لكي يتمكنوا من التعبير عن أنفسهم، وكذلك الأطفال الذين يجدون صعوبة في خلق الصلة بينهم وبين الآخرين، ويعانون من الوحدة والانغلاق على مشكلاتهم دون البوح بها ونعني بهم فئة التوحد

(٥) التعبير عن المشكلات دون ضبط:

أن التعبير الفني وسيلة مهمة يستطيع الفرد من خلالها أن يعبر وينفس عن صراعاته ومشكلاته، عن شعوره ولا شعوره، ودوافعه دون أن يلجأ إلى عمليات الضبط أو الحذف لكل ما يراه غير ملائم للتعبير، كما يحدث في وسائل التعبير الأخرى، وما يصاحب هذه العمليات نوع من الإشباع البديل للدوافع

(٦) الاتزان الانفعالي

أن السماح للطفل من ذوي الإعاقات بممارسة التربية الفنية هو سماح له بأن يكون عضوا مؤثرًا في بيئته المحيطة به، من خلال ما تتضمنه أعماله الفنية، من وجهة نظر خاصة

لا تتشابه مع الآخرين، وهذا يختلف عن بقية المواقف الحياتية الأخرى، التي يكون فيها هذا الطفل نفسه متأثرًا بالآخرين طوال الوقت، ومعتمداً عليهم، إن ممارسة التأثير في الآخرين، والتأثر بهم، تحدثان نوعًا من الاتزان الانفعالي لدى هذا الطفل.

(٧) توظيف العمليات العقلية

ان ممارسات الفن لها تأثيرها الايجابي على الأفراد ذوي الإعاقات، من حيث توظيف العمليات العقلية كالملاحظة والانتباه والإحساس والإدراك والاختيار والتعميم والقدرة على فهم المعلومات البصرية، وكل هذا التوظيف من المتوقع الاستفادة منه في مواقف الحياة المختلفة، ولذلك تعتبر الممارسات الفنية وسيلة وجسرًا لتعليم هذا الطفل وتكيفه مع مفردات البيئة.

(٨) الشعور بالثقة



إن ممارسات الفن لها أهميتها لدى الكثير من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة الذين يميل بعضهم للعزلة والانسحاب، وذلك بسبب ما يترتب على إعاقتهم من احساس بضعف قدراتهم على التنافس والمشاركة، فتقلل هذه الانجازات في الفن، ومن شعورهم بالقصور والدونية، وتنمي لديهم الشعور بالثقة بالنفس.

(٩) تحقيق الذات

لا شك أن الهدف الرئيسي للتربية الفنية لغير الأسوياء هو تحقيق الذات للفرد، والعمل مع الفرد يقصد به العمل معه حسب حالته ومستواها ومساعدته سواء كان من ذوي الإعاقة الذهنية، أو متأخرًا دراسيًا في تحقيق ذاته إلى درجة يستطيع فيها أن ينظر إلى نفسه

فيرضى عما ينظر إليه، كما ان من اهداف التربية الفنية في مدارس ذوي الإعاقات تأخذ في اعتبارها الا يكون الخلق والابتكار وإبراز الجمال هو الهدف الرئيسي وإنما المساعدة على ان يكون التعبير انعكاسًا للصراعات الذاتية الداخلية، وهذا لا يرى فيه معلمي التربية الفنية جمالاً ، ولذلك لا يجب ان تقاس تلك الرسومات بالمعايير الفنية التي تقاس بها الأعمال التشكيلية بوجه عام، طالما حققت الرسومات ذات الطفل وتم توفير الفرص التي يعبر عن نفسه بصدق

(١٠) الاهتمام بالقيمة الفردية

تهدف التربية الفنية إلى الاهتمام بالقيمة الفردية الذاتية لكل طفل بغض النظر عن مستوى قدراته ونواحي النقص في شخصية، فكل طفل له مشكلته الخاصة أو العوائق التي تجعل له إمكانات تختلف عن إمكانات طفل معاق آخر، ومن خلال العمل فرديًا مع كل طفل يتمكن المعلم من فهم أسلوب كل طفل في العمل، ويبني على ذلك خطته وأهدافه لنمو هذا الطفل، ويسعى مع كل طفل في بحثه عن نفسه من خلال الفن، وليس الهدف هنا تحويل الطفل من المستوى غير العادي إلى المستوى العادي فلا يمكننا تحويل الطفل ذوي إعاقة ذهنية إلى طفل عادي أو قريب من العادي ولكن يمكننا استثمار ذكائه المحدود بأفضل الطرق الممكنة أو بعبارة أخرى إعادة تربية وتعليم الطفل بطرق وأساليب خاصة داخل ميدان التربية، تمكنه من استغلال ذكائه أحسن استغلال ممكن وتجعل منه مواطنًا نافعًا قدر الإمكان وعلى هذا يمكن تنمية القدرات البصرية والسمعية والحركية والعضلية والقدرة على الكلام والنطق السليم.

(١١) إعداد الأطفال ذوي الإعاقات لحياة عادية:

تختلف وظيفة التربية الفنية للفئات الخاصة عن وظيفة التربية الفنية في مدارس العاديين، فالتربية الفنية لذوي الإعاقات وظيفتها تكمن في إعداد أطفالاً غير عاديين للحياة العادية، في حين أن التربية الفنية في مدراس التعليم العام تعد أطفالاً عاديين للحياة، ولذلك كانت مهمة التربية الفنية لذوي الإعاقات أدق وأعمق وتتطلب جهودًا تربوية ضخمة

(١٢) إعادة تكيف الطفل ذو الإعاقة:

إن أهم مشكلة يواجهها الطفل من ذوي الإعاقات، من خلال أنشطتها المختلفة يمكن أن تعيد تكيف الطفل من ذوي الإعاقات ومع المحيطين به، فجوهر التربية عامة والتربية الفنية حاصة إنساني يهدف إلى الاهتمام بالإنسان، ويحقق سعادته .

(١٣) تعويض الطفل ذو الإعاقة عن جوانب النقص

تحاول التربية الفنية للوصول إلى نوع من التعويض، بالتصحيح، والمعاونة، والعطف فإن هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقات سيعزلون أنفسهم عن المجتمع، وهناك خطورة تترتب على هذه العزلة، فمجرد شعورهم بأنهم صنف يختلف عن الأطفال الأسوياء، فإن هذا يسبب لهم اضطرابًا في العلاقات الاجتماعية، وعدم قدرة على التكيف كما يسبب لهم قلقًا ، وعدم اتزان انفعالي، وهذه الظواهر حينما تضاف إلى العلل الأصلية، فأنها تزيد من هذه العلل وتؤكدها وتؤثر بها على المجتمع بالتالي.

دور المعلم في تنمية المهارات التربية الفنية لدى ذوي الإعاقات:

يمكن للمعلم تنمية مهارات التربية الفنية للأطفال ذوي الإعاقات من خلال إتباع الخطوات التالية سميث(٢٠٠٥): فراج ، وعبد العزيز (٢٠٠٤):

(١) تهيئة ركن الفنون بالخامات المختلفة.

(٢) تقديم أنشطة للأطفال تساعدهم على تكوين عادات سليمة.

(٣) امتداح كل ما يرسمه الطفل.

(٤) تشجيع الأطفال بعرض رسوماتهم على لوحات المدرسة.

(٥) استخدام تطبيقات ورقية للتنقيط كملىء فراغات لأشكال كائنات أو أشكال أشياء أو أشكال هندسية.

(٦) استخدام تطبيقات ورقية لرسم الخطوط بأنواعها المختلفة كالخطوط المستقيمة والمائلة والرأسية والمنحنية لتكملة الشكل الناقص.

(٧) استخدام تطبيقات ورقية لملىء مساحات الأشكال بالخطوط أو النقط باستخدام الألوان المختلفة أو استخدام الخامات من الحبوب، والخشب، والقماش... الخ

وتتحقق الخطوات السابقة من خلال المحاور التالية:

المحور الأول: دور معلم التربية الفنية قبل البدء في العمل مع ذوي الإعاقات:

(١) الأطفال ذوي الإعاقات لهم ما لدى الأطفال العاديين من حاجات بيولوجية ونفسية واجتماعية، بالإضافة إلى رغباتهم الملحة في أن يتم معاملتهم كأقرانهم الأسوياء، على شريطة تفهم المربي الأنواع المختلفة من الإعاقات وحاجاتها والفروق بينها.

(٢) دراسة ما يتوافر من معلومات عن الأطفال الذين يتعامل معهم عن طريق مدرس الفصل والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي، حيث تكون هذه المعلومات ذات أهمية بالغة في توجيه هؤلاء الأطفال بطرق تهدف إلى الاستفادة من كل طاقاتهم وإمكاناتهم.



(٣) مراعاة الفروق الفردية الناشئة عن اختلاف نوع الإعاقة أو درجاتها أو اختلاف المرحلة العمرية أو اختلاف السمات الشخصية.

(٤) الوعي بأن ممارسة الطفل ذو الإعاقة للفن هو مرآة تعكس ما يدور بداخل الطفل من أفكار ومدركات توضح مدى تقبله لإعاقته وتكيفه معها وما يدور حوله.

(٥) الوعي بأن الفن له أدوار مهمة في رعاية الطفل ذو الإعاقة فهو يساعده على نمو خبراته الذاتية والتأهيلية وزيادة مستوى إدراكه ويكسب الطفل الشعور بالفخر ويعمل على تعويض جوانب النقص لديه ويساعده على اتساع خبراته ومعالجة بعض الاضطرابات الانفعالية والعمل على توحد الذات وتأكيد الهوية لديه.

(٦) إدراك ان الفن وسيلة علاجية تمكن الطفل من التكيف مع إعاقته.

(٧) استخدام الأدوات الإسقاطية وغير الإسقاطية للكشف عن مشكلات الطفل ذو الإعاقة.

(٨) الدراية بقراءة التعبيرات الفنية للطفل من حيث الشكل والمضمون.

(٩) الدراية بما يتناسب مع الإعاقات المختلفة من خامات وادوات وتقنيات، حتى لا يشعر الطفل بالإحباط عندما تكون الخبرات فوق مستوى قدراته.

(١٠) التدريب على التعامل مع بعض المشكلات السلوكية التي تنشأ لدى الطفل ذو الإعاقة نتيجة لإعاقته مثل الشعور بالنقص او الإحساس بالفشل أو مشاعر الغضب.

(١١) وضع قائمة تلخص ما يحتاجه المربي من معلومات للتعرف على القدرات الفنية للأطفال ذوي الإعاقات قبل تحديد أنواع الأنشطة الفنية المناسبة لهم.

المحور الثاني: دور معلم التربية الفنية أثناء العمل مع ذوي الإعاقات:

(١) الاتسام بالمرونة والتفهم الكامل للحالات التي يتعامل معها.

(٢) اختيار الخامات والأنشطة المناسبة لنوع الإعاقة.

(٣) تقديم بعض الموضوعات الإسقاطية للتعبير عنها في حالة الرغبة في الحصول على معلومات خاصة بالطفل مثل علاقته بأسرته أو اقرانه او مفهوم الذات لديه وغيرها.

(٤) عدم تقييم حالة الطفل العامة وجوانب شخصيته المختلفة من خلال قراءة عمله الفني، حيث يتأثر بعوامل متعددة منها مزاجه الشخصي، لهذا يجب جمع اعمال الطفل على فترات متباعدة ومسلسلة مع تدوين ملاحظات عن الحالة الوقتية للطفل خاصة أثناء قيامه بالعمل.

(٥) الحرص على تقديم خبرات ومهارات جديدة للطفل غير العادي شريط ان تكون مجزئة ومبسطة لتتناسب مع قدراته الخاصة.

(٦) أن يوضع في الاعتبار ان استخدام الفن في مجال رعاية الأطفال ذوي الإعاقات هو وسيلة وليس غاية في حد ذاته، لذلك يجب عدم التركيز على جودة التقنيات أو النتائج وإنما الحرص على ما يجنيه الطفل من دعم نفسي ومعنوي من خلال ممارسته لتلك الأنشطة.

(٧) توفير مكان متسع ووقت متاح وكاف للطفل حتى يتمكن من التعبير بتلقائية وحرية مطلقة تسمح بإسقاط كل ما يؤرقه ويحد من تكيفه بشكل عام.

(٨) لحرص على تعليم بعض المفاهيم وتكرارها أثناء العمل مع الطفل مما يساعده على إدراكها، واكتسابها.

(٩) العمل على تشجيع وتعزيز القيم الإيجابية لدى الطفل ومساعدته على العبير عن افكاره وتمكينه من حل المشكلات اليومية، والتغلب على المشاعر السلبية كالخوف من الفشل وذلك من خلال استخدام بعض المجالات التعبيرية الأخرى بجانب الأنشطة الفنية كالتمثيل واللعب الإيهامي.

(١٠) تقديم موضوعات تتصف بالتشويق والإثارة، والاستفادة من الفرص المفاجئة لإضفاء جو الحماس وجذب الانتباه.

المحور الثالث: دور معلم التربية الفنية عند تقييم الإنتاج الفني لذوي الإعاقات:

(١) مقارنة العمل الفني الذي يقوم به الطفل بالنسبة لقدراته الحالية والتي ترتبط بنوع ودرجة الإعاقة.

(٢) تقييم الأعمال التي يقوم بها الطفل على فترات زمنية مختلفة وقراءة ما طرأ عليها من تغيرات وإضافات تتطلب من المربي البحث عن أسبابها والآثار المترتبة عليها.

(٣) دراسة مراحل النمو الفني للطفل العادي حتى يستطيع المربي المقارنة بينه وبين الطفل ذو الإعاقة، وليس ذلك بغرض الإقلال من شأنه ولكن للتعرف على مدى الاختلاف بينهما والوقوف على مراحل النمو الفني الذي يمر بها الطفل ذو الإعاقة.

أولاً: المستلزمات المكانية لتنفيذ برامج التربية الفنية للفئات الخاصة:

في ضوء ما سبق تعتبر المستلزمات المكانية أحدى مكونات البيئة التعليمية، وبلا شك فالمكان الخاص بممارسة ألتربية الفنية له خصائصه العامة، التي يمكن أن تتوافر في مدارس العاديين ومدارس ذوي الإعاقات وفيما يلي عرض لهذه الخصائص العامة إسحق (٢٠٠٩) بالإضافة إلى ما قد يرتبط بمجال ذوي الإعاقات.

(١) مكان خاص: بداية، من البديهي وجود حاجة للتربية الفنية إلى توافر مكان خاص يتفق وطبيعتها فهي مادة لها طبيعة معينة ما تحتاج إليه من مكان يجب أن يختل عما تحتاج إليه بقية المواد الأخرى، وهذه الحاجة ليست كمالية، إنما هي أولى الضروريات ويشتط سهولة الوصول على المكان دون مشقة أو عناء حتى لا يضيع على التلاميذ وقت هم في حاجة إليه، وبخصوص فصل



التربية الفنية الخاص بالمتخلفين عقليًا يجب أن يكون بالدور الأول من مبنى المدرسة. وبالنسبة للأطفال ضعاف السمع يجب أن يكون فصل التربية الفنية الخاص بهم في مكان هادئ حيث أنهم يستعملون أجهزة مقويات الصوت الفردية أو الجمعية، ولأن الضوضاء الخارجية تكبر بشكل يضايق التلاميذ، وتجعل صوت المعلم غير واضح.

(٢) ملائمة المكان للشروط الصحية: يجب أن تتوافر في المكان الإضاءة الكافية الطبيعية وبعض الإضاءات الصناعية التي تسهم في إثراء الرؤية الفنية. ليس لها أهمية بالنسبة للعميان. ولا شك أن للضوء الكافي مكانة هامة في فصول الصم وضعاف السمع حتى يتيسر للتلاميذ ملاحظة وجه المعلم وإدراك تفاصيله الدقيقة وحركات الشفتين أثناء الكلام. لذلك يحسن أن تكون الإضاءة كافية وآنية من خلف أو من الجانب الخلفي لتلاميذ حتى تسقط على وجه المعلم ولا يجوز أن يأتي الضوء من خلف المعلم، فإن هذه الإضاءة تلقي ظلالاً على وجهه فلا يتبين الوجه. كما تحدث زغللة مما يؤذي نظر التلاميذ ويرهق أعينهم ويشتت انتباههم بسبب التعب الناشئ من جلوسهم في مكان غير مريح مدة طويلة، كذلك يجب أن تتوافر التهوية، بدون الإحساس بالبرد القارس، ولا بالبحر الشديد، وتوافر النظافة.

(٣) سلامة المكان وبعده عن الأخطار: يجب أن يوفر المكان للأطفال سبل الأمن والاطمئنان ويباعد بينهم وبين الأخطار، وهذا يتطلب سلامة المباني.

(٤) ملائمة المكان لعدد التلاميذ: ينبغي أن تتناسب سعة مكان التربية الفنية مع عدد التلاميذ بحيث لا يكون ضيقاً ولا أكثر اتساعا ولكن يتيح للتلاميذ سهولة الحركة وتحريك المقاعد ومنافذ العمل بما يناسب طبيعة الخبرات المتنوعة كذلك سهولة الدخول والانصراف دون إعاقة، ويشترط في فصل الصم وضعاف السمع أن تكون مساحة الفصل أكثر اتساعًا للأسباب التالية:

(أ) لتنظيم المقاعد والأدراج على شكل حدوة الحصان حتى يتاح لجميع التلاميذ رؤية وجه المدرس بيسر وسهولة، ومثل هذا التنظيم يشغل مكانًا أكبر من الأوضاع المتبعة في الفصول العادية.

(ب) لعرض وسائل الإيضاح الكثيرة التي يحتاجها الأطفال الصم تحت أعينهم باستمرار حيث يمكن الرجوع إليها يوميًا تقريبا في دروس المراجعة، والسبب في ذلك يرجع إلى أن الطفل الأصم يأتي من المنزل إلى الفصل ومعلوماته اللغوية تكاد تكون منعدمة ويحتاج تعلمه لها إلى تكرار مستمر وخلق مواقف تلزم استعمالها حتى يرتبط المعنى بالكلمة الأمر الذي يستلزم وجود وسائل إيضاح كثيرة بالفصل، وقد أثبت علم النفس الخاص بالصم أن ذكاء الصم عملي أكثر منه لفظي أو معنوي.

(ج) لوضع السبورات الإضافية واللوحات فمثل هذه السبورات واللوحات تعتبر معينات أساسية لمدرس الصم، وعليها تدن الدروس السابقة والكلمات والحروف التي يحتاج التلاميذ إلى مراجعتها، والتدريب عليها حتى تثبت في أذهانهم، لافتقار حياتهم الفكرية إلى المواقف التي تثبت مثل هذه المعلومات.

(د) لوضع المرايا: حيث يحتاج المعلم للمرايا وذلك للملاحظة والتدريب وتصحيحه ومراقبة حركاته حتى لا يلتقط الطفل حركات غير ضرورية أو غير طبيعية قد يقوم المعلم بأدائها دون قصد منه نتيجة معاشرته لأطفاله الصم مدداً طويلاً .

(٥) ملائمة المكان لأوجه النشاط الفني المختلف: ينبغي ان يتلائم مكان التربية الفنية وجميع أوجه النشاط الفني المتصل بالمادة كالتصوير والرسم والخزف والنجارة....، كما انه يتطلب وجود مكان لمناقشة وبعض لب الأطفال والكتب المصورة.

(٦) ان يكون المكان مصدرًا لتعطيل الأعمال المدرسية الأخرى.

(٧) توافر اماكن للخامات والأدوات: يتطلب إعداد حجرة التربية الفنية توافر أماكن لوضع الخامات المتعددة والأدوات، أماكن لها ضوابط أمان من حيث التشغيل والصيانة خاصة وأن أدوات التشكيل الفني قد تسبب بعض الأخطار للتلاميذ كلما قل العمر الزمني. ونشير هنا إلى الاهتمام الزائد في فصول ذوي الإعاقات سمعيًا بوفرة الدواليب نظرًا لكثرة اللوحات والوسائل التعليمية التي يجب حفظها للرجوع في دروس التدريب إلى المواقف التي يجب أن تتكرر حتى يتذكرها ويحفظها التلاميذ الصم.

(٨) يتطلب إعداد حجرة التربية الفنية وجود مخزن لتخزين الأعمال الفنية، وتخزين آلات العرض، ودورات للمياه للغسيل والحصول على المياه.

(٩) يتطلب إعداد حجرة التربية الفنية وجود حوائط وقواطع متحركة لعمل فواصل مصطنعة عند الحاجة إليها، تساعد على تدريس نوعيات الفن المختلفة، وحوائط اخرى مغطاة بطبقات من الأخشاب اللينة التي تسمح بتعليق الأعمال الفنية عليها من أجل التذوق والنقد.

(١٠) إعداد حجرة التربية الفنية يجب أن يتضمن وجود مكان لعرض الصور الثابتة والمتحركة.

(١١) إعداد حجرة التربية الفنية يتطلب وجود مساحات مناسبة لرؤية الطبيعة من خلال فتحات تطل على مساحات من الطبيعة المتنوعة (مرسي، ١٩٨٧).

(١٢) توافر الناحية الجمالية في المكان : نظرًا لأهمية حجرة التربية الفنية كأحد مكونات البيئة التعليمية فيجب ان تتوافر فيها النواحي الجمالية التي تسر العين وذلك من حيث الألوان والتنظيمات والمكونات بحيث يشعر الرائي بالاختلاف والتنوع فذلك يعتبر درسًا بطريق غير مباشر يتشرب التلاميذ عن طريقه أسس الجمال.

ثانيا: الخدمات والأدوات Materials And Tools:

تعتبر الخامات الوسيلة التي تقيم البناء الفني وتنظمه، كما أنها تعطي أشكالاً جديدة من خلال الأعمال المبتكرة، أما الأدوات فهي الوسيلة التي من خلالها نستطيع صنع ما سبق، ويوجد نوعان من الخامات والأدوات:

النوع الأول: وهو الطبيعي Natural والخامات الطبيعية هي ما استخدمت بصورتها الطبيعية مثل الحجر، والخشب، وطين الحدائق، والطباشير، وورق النبات، وصوف الخراف، والقش، والريش، والصبغات الطبيعية. أما الأدوات الطبيعية فمثل شظايا الخشب، التي تستخدم كأداة للتلوين، والقواقع، التي تستخدم في التركيب والتشكيل، أو كأدوات للطباعة، بالإضافة إلى استخدام الأيدي بالطبع.

النوع الثاني: وهو النوع المصنع والمواد الخام المصنعة، هي المواد التي أعدت من قبل كالورق والمعدن والزجاج وقوالب البناء والبلاستيك والقماش وأنواع من الخشب المضغوط أما الأدوات المصنعة من المواد الخام مثل المطارق والأزاميل والسكاكين وفرش الرسم، والمقصات (عبد العزيز، ٢٠٠٣).

(أ) الخامات اللازم توافرها لذوي الإعاقات وخصائصها:

(١) ليس هناك تحديد لنوع أو كم الخامات الواجب توافرها لذوي الإعاقات فهي وسيلة للكشف عن استعداداتهم وأفكارهم وعالمهم، فيجب أن تتنوع الخامات وتتوافر كمياتها بحيث تقابل الاختلافات الكثيرة والمتنوعة في استعدادات وإمكانيات كل فئة من الفئات الخاصة، ولذا يجب أن تخصص الأماكن الناسبة لتخزين هذه الخامات وعرضها أمام الأطفال بطريقة تسهل رؤيتها والتعامل معها بدون أي نوع من العوائق أو الأخطار.

(٢) إتاحة الفرصة للطفل غير العادي - أو حتى العادي - كي يختار خاماته بنفسه ربما تجعل الفرد يفكر إلى حد بعيد في الخامة وربطها بنوع العمل المناسب الذي يريد إنجازه.

(٣) يجب أن تتصف هذه الخامات بسرعة التشكيل بحيث لا يكون هناك أية عائق يحول دون انطلاق التعبير الفني واستمراره.

(٤) يجب أن تتميز هذه الخامات بسهولة تغير أشكالها حسب رغبة الطفل.

(٥) يجب أن تكون هذه الخامات اقتصادية في نفقاتها حيث تتوقع أن يكون التالف منها . بعد الاستخدام . كثيراً ، لأننا لا ننتظر أعمالاً جمالية منتهية إلا في حالة أصحاب المواهب ومن يتجاوبون مع توجيهات المعلم، أما بقية الأطفال من ذوي الإعاقات فيكفي أن تكون الخامة مثير ناجح لإبراز ما بداخلهم، فتسهل عملية تشخيص حالاتهم.

(ب) الأدوات والعدد اللازم توافرها في حجرة التربية الفنية وشروطها:



الأدوات والعدد جميعها وسائل تستعين بها مادة التربية الفنية على تحقيق غاياتها، وهي ذات تأثير مباشر في الأعمال الفنية للتلاميذ ونذكر منها: (لوحات خشبية للرسم، وحوامل للرسم والتصوير، أواني لوضع المياه، ومساطر للقياس مختلفة الأنواع، وبرايات كبيرة للمنضدة، وقطع من الأسفنج، وورق لاصق، ودبابيس رسم، ومقص منضدة، ومكبس للورق، ولوحات خشبية مجلفنة لأعمال الطين، وحوامل لأعمال الطين، وصندوق خشبي مجلفن لتحضير الطين، وقطع من الخيش، ودفر سلك وخشب، ورشاشة ماء صغيرة لأعمال الطين، وعدد وأدوات كاملة لأعمال كل من: الحفر، والنجارة والخزف، والطباعة والنسيج، والمعادن التجليد، والورق، والقش، والجلود، وفرن لحريق الأعمال الخزفية، وأجهزة لعرض الصور الثابتة والمتحركة وشاشة للعرض (خميس، ب. ت)

ب- **الشروط الواجب توافرها في الأدوات والعدد:**

- صلاحية الأدوات والعدد للاستعمال من الشروط الأولى للأدوات والعدد أن تكون صالحة للاستعمال، وتؤدى الغرض منها.
- يتوافر في الأدوات والعدد سبل الصيانة والحفظ يجب أن يتوافر لكل أداة المكان الذي تحفظ فيه، والأيدي التي تنظفها وتنظمها في أماكنها الخاصة، وإلا فقدت وظيفتها وأصبحت غير ذي نفع أو قيمة.
- تتلائم الأدوات والعدد مع أعمال التلاميذ: من الشروط التي ينبغي أن تكون عليها العدد والأدوات أن تكون ملائمة لأعمار التلاميذ، والحقيقة أن هناك بعضًا من الأدوات والعدد تتفق استخداماتها وجميع الأعمار إلا أن هناك بعضًا آخر كالفارة والنول والحوامل مثلا. ينبغي أن تتلائم مع أعمار التلاميذ، وإلا كان في استخدامها تعطيل للأعمال التي يرغب التلاميذ في إنجازها.
- تناسب كميات الأدوات والعدد وعدد التلاميذ: من الشروط الواجب توافرها في العدد والأدوات أن تتناسب كمياتها وعدد التلاميذ بحيث يجد كل تلميذ ما يحتاجه منها وتساعده على إنجاز أعماله فتزداد رغبته فيها.
- تحقق الأدوات والعدد أهداف التربية الفنية ونشاطها المختلف: والمقصود هنا أنه إذا استخدم التلميذ أداة للتعبير عن مشهد أعجب به كانت الوسيلة عونًا له على تحقيق رغبته.
- تتفق الأدوات والعدد مع آخر تطورات لها والمقصود هنا أن تكون الأدوات والعدد الخاصة بالتربية الفنية من النوع الحديث الذي يساعدنا على أن نصل بأعمال التلاميذ إلى نتائج أفضل في وقت قصير.

٣- **الأثاث اللازم توافره في حجرات التربية الفنية:**

يعتبر الأثاث وسيلة من الوسائل التي تستعين بها التربية الفنية على تحقيق غاياتها، وهي ذات تأثير غير مباشر في الأعمال الفنية للتلاميذ، وفيما يلي أهم أنواع الأثاث اللازم

توافره في حجرات التربية الفنية، أما الكمية اللازمة فتحددها كل مدرسة بالعدد الذي يتناسب وعدد التلاميذ ممن يدخلون حجرات أو أماكن التربية الفنية في وقت واحد. (مناضد للرسم، ومناضد مجلفنة بالصاج لأعمال الطين، ومناضد مغطاة بالقماش أو اللباد لأعمال الطباعة، وكراسي دون مساند للجلوس، ودواليب للخامات، و"دواليب" للكراسات والأوراق، ودواليب زجاجية للتحف والنماذج، ومكتبة للمراجع والكتب والمجلات، وأرفف بأحجام مختلفة، ولوحات بأحجام مختلفة للعرض، وسبورة، ومنضدة ومقعد للمعلم).

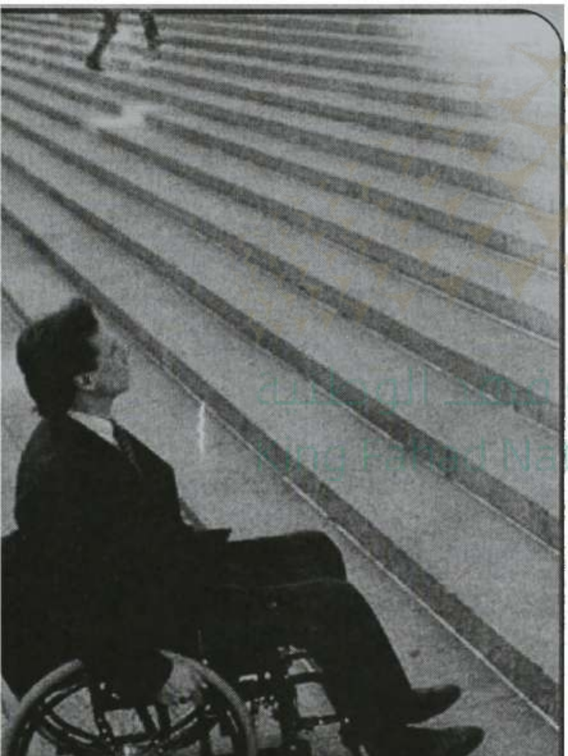


إن الهدف من ربط الأنشطة الفنية المختلفة في برامج المعاقين ليس هو تحقيق إنتاج فني إبداعي، ولكن هي وسيلة علاجية مساعدة في كونها وسيلة للتعبير ومصدر للإشباع وتنمية الشعور بالانجاز والرضا والسعادة والاستثارة الحسية وتنشيط التفكير والقابلية للتعلم وكونها وسيلة لتحسين التوافق الحركي.

- ❖ التدريب بدقة على التمييز بين العدوان (أو التحدي) وتأكيد الذات.
- ❖ تدريب الطفل على التمييز بين الانصياع (أو الخضوع) وتأكيد الذات.
- ❖ استعراض نماذج لمواقف مختلفة تصهر كفاءة استخدامات هذه القدرة وكيفية اكتسابها وطرق التعبير عنها.

- تدريب الطفل على تشكيل سلوكه تدريجياً حتى يصل إلى المستويات المرغوب فيها من التعبير عن هذه القدرة.
- التدعيم الايجابي لمظاهر السلوك الدالة على تأكيد الذات عند الطفل ولفت نظرة إليها على انها شيء جيد ومرغوب فيه.
- علاج المخاوف الاجتماعية والاستجابات العدوانية والعدائية بسبب تدخلها في تعويق ظهور السلوك التوكيدي.
- تشجيع الطفل على تدعيم التغيرات الايجابية التي أكتسبها تحت إشراف المعالجين أو البالغين.

خدمات النقل والتنقل



أهمية خدمات النقل والتنقل لطلاب التربية الخاصة.

التجارب العالمية في تقديم خدمات النقل للمعوقين .

أنواع وسائل نقل المعوقين .

تشريعات النقل العام الخاصة بالمعوقين .

المعوقات التي تواجه المعاقين عند استخدامهم وسائل النقل.

مشروع النقل المدرسي بالمملكة العربية السعودية.

الفصل الثالث عشر

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) تحديد أهمية خدمات النقل والتنقل لطلاب التربية الخاصة.

(٢) التعرف على التجارب العالمية في تقديم خدمات النقل للمعوقين .

(٣) المقارنة بين أنواع وسائل نقل المعوقين .

(٤) الوقوف على تشريعات النقل العام الخاصة بالمعوقين .

(٥) إدراك المعوقات التي تواجه المعاقين عند استخدامهم وسائل النقل.

(٦) تقييم مشروع النقل المدرسي بالمملكة العربية السعودية.

الفصل الثالث عشر

خدمات النقل والتنقل

Mobility and Transportation Services

مقدمة

تقدم خدمات النقل للطلاب الذين هم في حاجة إلى مساعدة خاصة بسبب إعاقتهم البدنية أو البصرية.. وغيرها من الإعاقات الأخرى التي يمكن أن تؤثر على الحركة والانتقال من المنزل إلى المدرسة والعكس. ومن المعلوم أنه ليس جميع الطلاب المعوقين في حاجة لتلقي خدمات النقل المتخصصة فالكثير من الطلاب ذوي الإعاقة قادرين على استخدام وسائل النقل التي يستخدمها الطلاب العاديين للوصول إلى مدارسهم. وعادة ما يتم طرح عدد من التساؤلات التي تتعلق بطرق تنقل :

- كيف سينتقل الطفل إلى المدرسة؟
- هل سيصل الطفل في الوقت المحدد؟
- هل من الضروري أن يقوم شخص ما بمقابلة الطفل عند مدخل المدرسة لتقديم المساعدة في إنزاله من السيارة أو صعوده إليها؟
- هل يحتاج الطفل إلى أجهزة خاصة للتنقل داخل مبنى المدرسة أو الصف؟
- ما هي الطرق التي يجب استخدامها لصعود الطفل ونزوله من أتوبيس المدرسة؟
- ما هي الطريقة المفضلة لتوصيل ونقل الطفل من الكرسي المتحرك إلى مقعده في الصف أو إلى أرضية حجرة الصف الدراسي؟
- ما هي الأساليب الوقائية أو التقييدات ذات الصلة بالانتقال والتوصيل؟
- ما مدى المساعدة التي يحتاجها الطفل في الحركة والتنقل؟

وبالنسبة لأولئك الذين يحتاجون إلى مساعدة خاصة ينبغي القيام بما يلي:

- توفير وسائل الانتقال من وإلى المدرسة.
- توفير وسائل الانتقال داخل وحول المباني المدرسية.

☒ توفير معدات متخصصة (مثل حافلات خاصة أو حافلات مكيفة، والمصاعد، والممرات المنحدرة)، إذا كان ذلك الأمر ضرورياً لتوفير وسائل النقل الخاصة للطفل المعوق.

وتقدم العديد من الدول خدمات النقل دون أن تطالب عائلات الطلاب ذوي الإعاقات تحمل أي جزء من تكاليف تلك الخدمات لتمكين الطلاب من الاستفادة من الخدمات التعليمية المقدمة لهم.

وتتضمن خدمة النقل والتنقل: التنقل من وإلي المدرسة، وفي أرجاء المدرسة، وحول مباني المدرسة ونقل أسرة الطالب المعوق لحضور الاجتماعات الخاصة بالبرنامج التربوي، وتوفير المعدات والأجهزة الخاصة إذا طلبت أولياء الأمور أو ذوي الاختصاص تقديم خدمة نقل خاصة للطالب المعوق (Heward, 2006 : 23). ويجب أن يذكر في الخطة التربوية الفردية للطالب مدى حاجته لهذه الخدمة للاستفادة من خدمات التربية الخاصة، وأن توفر للطالب علي أنها خدمة مساندة بدون أي تكلفة مادية على والدي الطالب (Mattson, 2001).

أهمية خدمات النقل والتنقل لطلاب التربية الخاصة :

تتعدد جوانب أهمية نقل طلاب التربية الخاصة ومن أبرزها ما أورده المحرج، والحميدي، والقنيعة (٢٠٠٣) على النحو التالي:

(١) مراعاة مبدأ تكافؤ الفرص في التعليم، وهذا المبدأ يعني إتاحة الفرص المتكافئة في التعليم أمام جميع الأطفال : أي حق كل طفل في الحصول على فرصة للتعليم طبقا لما تسمح به طاقته وإمكانياته، كبرت هذه الطاقة أم صغرت... سواء كانوا أطفالا متوسطين أم أذكياء أم متخلفين.. سواء كانوا صما أو مكفوفين أو مضطربين انفعاليا أو غير ذلك من أوجه الاختلاف. ومن ثم فلابد أن يمنح طلاب التربية الخاصة الفرص التي تمنح للأسوياء من حيث توفير التربية والتعليم لهم حتى يتمكنوا من تطوير قدراتهم وإمكاناتهم ليتكيفوا مع الحياة.

(٢) مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب، فالطالب ذي الإعاقة البصرية أو الإعاقة لسمعية أو الإعاقة الفكرية، أو الإعاقات البدنية والأمراض الصحية، كل واحد من هؤلاء

الطلاب في حاجة إلى تعامل خاص يختلف عن التعامل مع الطلاب الأسوياء مراعاة للفروق الفردية بينهم، ومن ذلك أساليب نقلهم، ولذا وضعت الوزارة لنقلهم شروطا خاصة تفي بمتطلباتهم.

(٣) ان حاجة طلاب التربية الخاصة للنقل – في الغالب – أشد من حاجة الطلاب الأسوياء لتلك الخدمة، ومن ثم فإن لهم الأولوية في النقل عند المفاضلة مع غيرهم في تأمين وسائل النقل.

(٤) كون تأمين وسائل النقل لهم يساعدهم على التعود على استخدام وسائل المواصلات العامة دون الاعتماد على والديهم، وبالتالي يسهم في دمجهم في المجتمع.

(٥) أن إهمال تعليم طلاب التربية الخاصة سيحرم المجتمع من جزء غير يسير من طاقة ابنائه ومن ثم تحويلهم إلى فئة معاقة تصبح عبئا وعالة على المجتمع وتتطلب رعاية مستمرة مكلفة اقتصادياً.

التجارب العالمية في تقديم خدمات النقل للمعوقين :

عندما يتم التحدث عن تأمين خدمات النقل العام للمعوقين، لابد من التعرف على ميثاق الثمانينات، الذي شكل تحولاً مهمًا في أولويات العمل الدولية للجمعية العامة للأمم المتحدة في مجالات مساعدة الأشخاص المعوقين وتأهيلهم. بدأ اهتمام المنظمة الدولية بحقوق المعوقين منذ عام ١٩٧٥ م وأي إلى صدور الكثير من القوانين والتشريعات المنظمة للاحتياجات الوظيفية واستعمال الأبنية والبيئة المبنية لتسهيل خدمات الأشخاص المعوقين. وبعد مشاورات على نطاق دولي دامت ثلاث سنوات، تضمنت اجتماعات ومؤتمرات إقليمية ودولية وضع الميثاق حيز التنفيذ ووضع البرنامج النهائي المقترح في اجتماعات المؤتمر الدولي الرابع عشر للتأهيل الذي عقد في كندا ١٩٨٠/١/٢٦ وأعلن إقرار الميثاق عام ١٩٨١ واعتبرت السنة الدولية للأشخاص المعوقين، تحت شعار المشاركة الكاملة والمساواة (الورع، ٢٠٠٣).

ينص الميثاق على تبنى خمسة أهداف رئيسية تتعلق بحقوق المعوقين في التدريب والتوجيه، بالإضافة إلى مجموعة من المبادئ العامة وخطط العمل لوضع هذه الأهداف حيز



التنفيذ. وقد ركز الجزء ٣٦ من التقرير على إجراءات تشجيع الدراسات والأبحاث والمشاريع التخصصية لتأمين الإمكانات الوظيفية لسهولة حركة المعوقين ضمن الأبنية العامة، ومختلف وسائل النقل، وتحديث الأنظمة المعمارية الهندسية، وتنظيم المباني السكنية والمنشآت، وتخفيف الحواجز القائمة وإزالتها نهائيا في المشاريع الهندسية المستقبلية، بالإضافة إلى تطوير مجموعة من الشارات الدالة للمساعدة في تحسين إمكانات الحركة والتنقل للأشخاص المعوقين.

وقد تم وضع برنامج مشترك لتوحيد معلومات الحركة في البيئة الخارجية للمعوقين، في الدول الأوربية سمى بمشروع "معلومات موانع الحركة"، بدأ منذ عام ١٩٩٧ وامتد على مدى ثلاث سنوات من العمل في جمع معلومات حول مرونة الحركة في الأماكن العامة، وعن وسائل النقل المختلفة وكيفية الوصول إلى الأماكن المختلفة دون حواجز مادية ولغوية.

وقد ساهم شركاء من عشر بلدان أوربية بتمويل من المجموعة الأوربية في إيجاد قاعدة بيانات متوفرة على قرص مدمج وخدمات الانترنت تشجع على قابلية الحركة في المدن الأوربية المختلفة، وتوفير أدلة للمدن المختلفة خاصة بحركة المعوقين، تساعد وتسهل حركة المسافرين المعوقين ضمن المجموعة الأوربية، وتم استعمال هذه الدراسات كقاعدة لتخطيط إزالة الموانع في الوسائل العامة ومنها التنقل وحرية التنقل، اثناء صيف عام ٢٠٠٠ حيث توقع وصول اعداد كبيرة من الزوار من حول العالم إلى معرض هانوفر الدولي، ومنهم أعداد كبيرة من الأشخاص المعوقين اعتمدت نسبة كبيرة منهم على وسائل النقل العام للوصول إلى الفنادق والمطاعم وأرض المعرض والحركة ضمنه.

كما خصصت مؤسسة دبي للمواصلات (بدولة الإمارات العربية المتحدة) ابتداء من عام ٢٠٠٣ م عددًا من الحافلات الصغيرة للأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة، زودت بأجهزة لرفع الكراسي ذات العجلات بكل يسر إلى الحافلة، علما بأن هذه الخدمة تعتبر الأولى من نوعها في المنطقة. وجاءت هذه الحافلات مجهزة بكل ما يحتاجه المعوقين من خدمات وتسهيلات على أسس علمية، وراعت المؤسسة أن يكون سائق هذه الحافلات واعيًا ومدركًا لطبيعة الشخص الذي يستخدم هذه الحافلات وكيفية التعامل معه والمحافظة على شعوره، وعدم التردد في تقديم كل ما يحتاج إليه من خدمات، ويتولى مركز التدريب وتطوير القوى البرية بالمؤسسة إعداد السائقين لهذه المهمات.

وتفتقر حاليًا في العديد من البلدان حافلات نقل قابلة للاستعمال من الجميع، وتتميز بأرضية منخفضة ودرجة واحدة فقط للصعود، وتتمتع بإمكانية الركوب السهل ليست فقط للأشخاص على الكراسي المتحركة، ولكن أيضا لكبار السن أو المعوقين، تتضمن مواصفات محدثة مثل : مدخل قابل للهبوط إلى مستوى الشخص، والعديد من مساكات اليد المريحة للاستعمال، أزرار أو وسائل سهلة للوصول إلى تعليمات الوقوف للسائق، وأفضلية مقاعد للمعوقين الذين يعانون من مشكلات حركية، تتميز بعض هذه الحافلات بأبواب واسعة ومزود بمنحدر لدخول أشخاص على كراسي متحركة وتتسع الحافلة إلى أكثر من مقعد وفق الطلب.

وهناك بعض التسهيلات والامتيازات التي يقدمها مشغلو وسائل النقل والمواصلات للمعوقين بشكل عام والطلاب ذوي الإعاقات على وجه الخصوص في بعض الدول الأوربية والتي قطعت شوطا متقدمًا في مجال تسهيل حركة المعوقين، ومن بين هذه الدول التي أوردها المطير (٢٠٠٣):

(١) فرنسا:

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ مواقف وشبابيك تذاكر خاصة للمعوقين في محطات النقل
- ☒ منحدرات ومصاعد وممرات تناسب المعوقين وتنقلاتهم
- ☒ تجهيز أرضية القطارات بما يناسب المعوقين

- ☒ تصميم عربات النقل العام لتلائم استخدام الكراسي المتحركة
- ☒ وجود مساعدين في وسائل النقل لمساعدة المكفوفين.

من التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ مستخدمي الكراسي المتحركة يسافرون بالدرجة الأولى بسعر الثانية
- ☒ حجز ٤ أماكن في الدرجة الأولى و٨ أماكن في الدرجة الثانية للمعوقين في وسائل النقل العام بصورة دائمة
- ☒ تصرف بطاقات ملونة للمعوقين ومرافقيهم تتيح لهم خصما ما بين ٥٠ – ٧٥٪ من قيمة التذكرة وكذلك الكلاب التي تستخدم لإرشاد المكفوفين
- ☒ المصاب بإعاقة شديدة يسمح بسفر مرافق له مجانًا.

(٢) المملكة المتحدة:

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ توجد تعليمات لمشغلي وسائل النقل على أن تكون الحافلات الجديدة مهيأة لتلاءم المعوقين.
- ☒ عند تصميم السيارات يتم مراعاة حاجة المعوقين.
- ☒ تعديل أكثر من ٥٠ محطة قطار لتلائم نزول وصعود المعوقين.
- ☒ لدى العاملين في وسائل النقل العام وجميع محطات النقل تعليمات بتقديم كل التسهيلات للمعوقين.

من التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ المكفوفون وضعاف البصر والمعوقون يحملون بطاقات خاصة تمنحهم خصمًا بمقدار ٥٠٪ من قيمة التذكرة عند سفرهم بالسكك الحديدية.
- ☒ المعوقون بدرجة شديدة يحصلون على خصم ٣٠٪ من قيمة التذكرة في وسائل النقل.
- ☒ الطفل المكفوف يسافر مجانًا إذا كان معه مرافق.

- ☒ المكفوف ومرافق يحصلان على خصم في الدرجة الثانية في وسائل النقل ما بين ٣٤ — ٥٠٪ من قيمة التذكرة.
- ☒ تشحن كلاب إرشاد المكفوفين والصم معهم مجانًا في وسائل النقل.
- ☒ تصرف السكك الحديدة سنويا أكثر من ٢٠ ألف بطاقة للمعوقين تمنحهم الخصم المقرر لهم.

(٣) إيطاليا:

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ توفير كرسيين متحركين في ٨٥ محطة قطار للمعوقين.
- ☒ توجد خدمات متنوعة داخل محطات النقل العام للمعوقين.
- ☒ توجد تعليمات للعاملين في المطارات والموانئ لمساعدة هذه الفئات.
- ☒ الحافلات في مطار ميلانو مجهزة لتلائم المعوقين.

من التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ إعفاء من بعض الضرائب للمعوقين وكبار السن.
- ☒ المكفوف ومرافقه يسافران بتذكرة واحدة في وسائل النقل العامة.
- ☒ خصم ٥٠٪ من قيمة التذكرة للمكفوف في وسائل النقل عند سفره بمفرده.
- ☒ خصم من ١٠ إلى ٣٠٪ من قيمة التذكرة في وسائل النقل لجرحى الحرب والمعوقين وكبار السن المتقاعدين.
- ☒ الأيتام ذوو الإعاقة العقلية يسافرون في وسائل المواصلات بخصم ٢٠٪ من قيمة التذكرة.

(٤) السويد:

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ يقدم العاملون على خطوط المسافات الطويلة في وسائل النقل العام الخدمات والتسهيلات المناسبة للمعوقين.

- ☒ تعديل جميع وسائل النقل لتناسب حاجة المعوقين.
- ☒ تهيئة جميع المحطات ومبانيها بالتجهيزات التي تسهل حركة المعوق داخل المحطات..

من التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ شركة التأمين الحكومية تصرف بطاقات خاصة للمعوقين تتيح لهم خصما بمقدار ٣٠٪ من قيمة التذكرة في السكك الحديدية.
- ☒ شركات خدمات السفر الوطنية الحكومية تقدم خدمات السفر للمعوقين بدرجة شديدة للسفر داخل البلاد لمسافات طويلة وذلك بنفس التكلفة العادية وتتكفل الدولة بفرق الأسعار.
- ☒ المعوقون يسافرون بالطائرات وسيارات الأجرة أو أي وسيلة للنقل في الدرجة الأولى بأسعار الدرجة الثانية وتتحمل الدولة فرق الأسعار.

(٥) ألمانيا:

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ شروط السلامة متوفرة للعجزة والمعوقين في حافلات النقل
- ☒ وجود كتيبات لدى مجموعات العمل على السفن والطائرات لمساعدة المعوقين

من التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ المعوقون الذين تصل نسبة إعاقتهم ٧٠٪ فأكثر يسافرون بالسكك الحديدية بالدرجة الأولى بأسعار الدرجة الثانية.
- ☒ المعوقون بدرجة شديدة يسافرون مجانًا للرحلات التي لا تزيد مسافتها عن ٥٠كم.
- ☒ الأطفال المعوقون بشدة وأعمارهم اقل من ٤ سنوات يسافرون بنصف الثمن ويسافر مرافق الطفل مجانًا.
- ☒ تشحن كلاب إرشاد المكفوفين معهم مجانًا.

(٦) بلجيكا:

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ تقدم محطات السكك الحديدة الرئيسة تسهيلات للمعوقين وهى ملخصة في كتيبات يحصل عليها المعوق من المحطة لمعرفة نوع التسهيلات والخدمات التي تقدمها المحطة ووسائل النقل.
- ☒ يوجد موظفون أكفاء في محطات السكك الحديدية لتسهيل سفر مستخدمي الكراسي المتحركة.
- ☒ تخصص السكك الحديدة أماكن خاصة للمعوقين.
- ☒ توفير كراسي متحركة لنقل ركاب البواخر المعوقين.
- ☒ جميع وكلاء النقل لديهم مصاعد خاصة.
- ☒ يوجد بالمطارات أجهزة مناسبة لمساعدة المعوق.
- ☒ توفر شركة النقل العام في العاصمة بروكسيل حافلات صغيرة خاصة تناسب من لديه عجز شديد أو إعاقة.

من التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ من فقدوا أيديهم أو أرجلهم يسافر مرافقوهم مجانًا.
- ☒ يسافر المكفوفون وكلابهم التي تقودهم بالدرجة الثانية مجانًا.
- ☒ خصم ٧٥٪ من قيمة التذكرة لجرحى الحرب عند سفرهم بالسكك الحديدية.
- ☒ خصم ٥٠٪ من قيمة التذكرة للعجزة في وسائل النقل.

(٧) الدانمارك:

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

- ☒ توجد بالطائرات والسكك الحديدة والحافلات وسائل ملائمة لحاجة المعوقين.
- ☒ زودت القطارات بمصاعد خاصة للكراسي المتحركة.
- ☒ حافلات المسافات الطويلة مجهزة لبعض فئات المعوقين.

☒ لدى الموظفين في مكاتب النقل تعليمات بتقديم المساعدة للمعوقين متى طلب منهم ذلك.

من التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

☒ يسافر المعوقون بنصف قيمة التذكرة في غير أوقات الذروة.

☒ يسافر مرافقو أعضاء جمعيات المكفوفين مجانًا.

☒ عدد من القطارات بها تسهيلات للعجزة والمعاقين.

(٨) فنلندا

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

☒ توجد في حافلات النقل العام وسيارات الأجرة أماكن خاصة لكراسي المعوقين.

التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

☒ تتكفل الدولة بنصف تكلفة سفر المعوقين.

☒ تمنح السكك الحديدة للمعوقين خصما بمقدار ٥٠٪ من قيمة التذكرة.

☒ تشحن كلاب المكفوفين وكراسي الموقين مجانًا.

(٩) ايرلندا

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

☒ أكثر من نصف محطات النقل مجهزة لتقديم كافة المساعدات والتسهيلات للمعوقين.

☒ بعض المحطات بها دورات مياه خاصة بالمعوقين.

☒ هناك عربة أو عربتان في كل قطار مخصصة لمستخدمي الكراسي المتحركة مع توفير السلامة لهم داخل هذه العربات اثناء تحرك القطار.

من التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

☒ تقدم السكك الحديدية لمستخدمي الكراسي المتحركة من المعوقين خصما بمقدار ٥٠٪ من قيمة التذكرة.

☒ اعضاء الجمعيات الاجتماعية المختلفة من كبار السن فوق ٦٦ سنة والمكفوفون والمعوقون يسافرون مجانًا على خطوط السكك الحديدية.

(١٠) سويسرا

من التسهيلات المقدمة في وسائل النقل للمعوقين :

☒ تنص لوائح المباني على اختلاف أنواعها على مراعاة حاجة المعوقين من مميزات ومواقف ومداخل وأبواب ومصاعد وسلالم وإضاءة.

☒ تجهيز اكثر من ١٠٠ محطة نقل بالحد الأدنى من التسهيلات والخدمات للمعوقين.

من التسهيلات الممنوحة في وسائل النقل للمعوقين :

☒ خصم ٥٠٪ من قيمة التذكرة للمعوقين في أغلب وسائل النقل (عدا ايام الأعياد).

☒ يسافر المرافق مع المعوق بدرجة شديدة وكذلك مرافقة المكفوف مجانًا.

أنواع وسائل نقل المعوقين :

هناك العديد من الاختراعات تم تطويرها لتحسين حركة تنقل المعوقين خلال الخمسين عاما الماضية، مثل الكراسي المتحركة التي تعمل بمحركات وتصعد الدرج، والدراجات النارية، والسيارات المصممة خصيصا بحسب احتياجات المعوق حتى يتمكن من قيادتها، ودعامات الجلوس المصممة بواسطة الحاسب الآلي لحماية المعوقين المستعملين للكراسي المتحركة من الإصابة بالتقرحات، والكراسي الخاصة بحالات الشلل الرباعي التي تقف آليا عن طريق التحكم الشخصي، والتحليل الخاص بالمشي والتوازن، والعديد من هذه الأجهزة تستعمل حاليا في العلاج الرياضي والعلاج الطبيعي.

وتمول وزارة الصحة الأمريكية ثلاثة عشر مركزًا للتدريب وبحوث إعادة التأهيل، وستة مراكز لبحوث هندسة إعادة التأهيل في الجامعات على مستوى الولايات المتحدة، وبالرغم من

وجود القليل من المراكز البحثية إلا ان معظم الاختراعات التي حصلنا عليها كانت من خلال هذه المراكز.ويذكر ان المعلومات متوفرة بشأن تلك المراكز لدى موقع المعهد القومي لبحوث الإعاقة والتأهيل على الإنترنت وهى تقدم قدراً كبيراً ومفيداً من المعلومات (شرودر، ٢٠٠٣).

تختلف وسائل الانتقال التي يمكن أن يستخدمها المعوقون للتنقل من مكان لآخر، ونستعرض فيما يلي تلك الوسائل المستخدمة في معظم الدول الغربية طه، وياضبعان (٢٠٠٣) ؛ ومسعود (٢٠٠٣):

(١) الكراسي المتحركة:

تعتبر الكراسي المتحركة إحدى الوسائط الرئيسة التي يستخدمها كثيرا من المعاقين في حركتهم وتنقلاتهم داخل وخارج المنزل. ويعتبر الكرسي المتحرك أحد أهم الوسائل والأجهزة المساعدة على الحركة والتنقل خصوصا إذا كان الشخص المصاب في وضعية لا تمكنه إصابته من استخدام أطرافه السفلية أو الاستفادة من الأطراف الاصطناعية او الأجهزة التقويمية مثل حالات الشلل أو بتر الساقين. وبشكل عام يمكن القول أن استخدام الكراسي المتحركة يعتمد على درجة الإعاقة ونوعها حيث إنه وكلما كانت الإعاقة له تأثير على الجهاز الحركي وتحد من قدرة المصاب على الحركة و التنقل، كلما كانت الحاجة إليها ضرورية.

وتختلف أنواع الكراسي المتحركة بحسب نوع وشدة الإعاقة وبحسب قدرة الطرفين العلويين للشخص المصاب على العمل وبحسب قدرته على الجلوس وكذلك بحسب البيئة التي سوف تستخدم فيها.

وتختلف احجام وأشكال هذه الكراسي التي يمكن تصنيفها إلى نوعين :

الأول: يتحرك يدويًا إما بواسطة المعاق نفسه أو بمساعدة احد الأشخاص الآخرين.

الثاني: يتحرك آليا او كهربائيا بواسطة المعاق نفسه.

كما وتختلف الكراسي لمتحركة حسب كونها وسيلة مساعدة تستخدم من آن لآخر او بحسب كونها الوسيلة الأساسية و الوحيدة للتنقل، كذلك تختلف من حيث الصناعة

والتركيب فمنها ما يسمى بالكراسي النمطية العادية ومنها ما يسمى بالكراسي الآلية كما سبق وذكرنا ، ومنها الكراسي المخصصة لممارسة أنشطة معينة كالألعاب الرياضية ومنها الكراسي المصطنعة لتلائم الاحتياجات الفردية الخاصة للشخص المعاق. وتحقق الكراسي المتحركة العديد من الأهداف المهمة سواء كانت وظيفية أو صحية أو نفسية أو اقتصادية.













يستخدم كثير من المعاقين الكراسي المتحركة يدويا في تنقلاتهم المختلفة سواء داخل المنزل أو خارجه لقضاء احتياجاتهم، وهذه الكراسي تأخذ أشكالا وأحجاما مختلفة. ويمكن للمعاقين استخدام الكراسي والإسكوتر (scooters) المتحركة كهربائيا والمتوفرة بأشكال وأحجام مختلفة أيضا للتحرك لمسافات أطول دون الحاجة إلى الاستعانة بالآخرين مثل

التسوق في المتاجر الكبيرة حيث تكون متوفرة عند مداخل هذه المتاجر أو في محطات النقل العام ليسهل على المعاقين استخدامها، ويمكن استخدامها أيضا في ساحات المسجد الحرام وداخله.



إضافة إلى ذلك يوجد نوع من الكراسي المتحركة كهربائيا يمكن استخدامها من قبل كبار السن لصعود الدرج داخل المنزل أو في المراكز التجارية المتطورة وهو ما يعرف بـ (الكرسي التحرك – المصعد) وهو مقعد مريح ويتحمل أوزانا تصل إلى أكثر من ١٧٥ كجم ومزود بدعاسة للأقدام متحركة تساعد على الجلوس على المقعد ويمكن طيها عند عدم الحاجة إلى استخدام الكرسي حتى تعطى مكانا أوسع لصعود الدرج بصورة عادية، ويتم تحريك الكرسي إلى أعلى الدرج وأسفله بمفتاح تحكم موجود بذراع الكرسي وكذلك عن طريق جهاز التحكم من بعد (ريموت كنترول) ومزود أيضا بجهاز إنذار يوقف الكرسي تلقائيا عند اصطدامه بأي عائق في طريقه، كما أن مسار هذا الكرسي يمكن طيه عند عدم الحاجة إليه.

(٢) السيارات الخاصة (الشخصية) المعدلة:



يحتاج المعاقين الذين لا يستطيعون المشي والملازمين للكراسي المتحركة إلى سيارات خاصة ذات مواصفات معينة تتلاءم مع احتياجاتهم، وذلك لعدم ملاءمة السيارات التقليدية (العادية) لمتطلباتهم. و تعتبر السيارات المعدلة من أهم الأجهزة التي تساعد الأشخاص المعوقين على الانتقال لمسافات أبعد من تلك التي تمكنهم منها الكراسي المتحركة، وكذلك تتيح

لهم فرص الالتحاق بالعمل ونقل أفراد أسرهم والذهاب في نزهات أو زيارات اجتماعية إلى غير ذلك من الأعمال. ومما زاد من استخدام السيارات الشخصية المعدلة تشجيع الدول لمنح رخص السوق والإعفاءات الجمركية التي مكنت العديد من ذوى الإعاقات البدنية من اقتنائها.



وتحتاج السيارات الشخصية إلى تعديلات تتلاءم مع نوعية الإعاقة والهدف من استخدام السيارة، وبشكل عام قد يتطلب الأمر إضافة بعض التعديلات لتتلاءم مع متطلباتهم، وقد تصل هذه التعديلات إلى إدخال تعديلات على مواصفات السيارة الداخلية لتتناسب مع المعاقين الذين لا يستطيعون مغادرة كراسيهم المتحركة أو الذين يستطيعون القيام بذلك بصعوبة، وفي هذه الحالة تكون السيارة كبيرة على شكل سيارة فان.

وبناء على تلك الحاجة قامت بعض الشركات بتعديل مواصفات السيارة الداخلية لتتناسب مع احتياجات هذه الفئة من المعاقين. إضافة إلى تجهيزها بالكامل لتلائم متطلباتهم لتسهل تنقلهم من مكان لآخر. وهذه السيارات المخصصة لنقل المعاقين مستخدمة في كثير من الدول الغربية.

(٣) العربات الكهربائية :

يجد بعض فئات المعاقين صعوبة في المشي، ولا يرغبون في استخدام الكراسي المتحركة، وهذه الفئات يمكنهم استخدام عربات كهربائية صغيرة تحمل أكثر من شخص (أربعة أو



خمسة على الأكثر) يرغبون في الانتقال من منطقة إلى أخرى، فعلى سبيل المثال في المنطقة المخصصة للمشاة بالمنطقة المركزية أو التجارية لقضاء احتياجاتهم، وهذه العربات غالبا تتحرك وفق جدول زمني معين بين مناطق محددة يكثر فيها المرتادون، وكذلك يمكن استخدام هذه العربات لتسهيل حركة المعاقين في المطارات والمتنزهات العامة وغيرها من الأماكن الأخرى.

(٤) حافلات النقل العام الملائمة للمعاقين :



يتطلب المعاقين وكبار السن مستخدمي حافلات النقل العام توفير حافلات ذات مواصفات معينة تتناسب مع احتياجات هذه الفئة من حيث إنخفاض ارضيتها ووسع ممراتها الداخلية ومقاعدها كما يتضح من وتزويدها ببعض التجهيزات الأخرى الملائمة لمتطلبات هذه الفئة من المجتمع. أما الحافلات التقليدية (العادية) المستخدمة في النقل العام فإن معظمها غير ملائم لمتطلبات المعاقين وكبار السن من حيث ارتفاع أرضيتها عن الرصيف وعدم تجهيزها من الداخل بما يتناسب مع احتياجات هذه الفئة.

وقد تطلب الأمر - كما هو الحال في الدول الغربية - تقديم حافلات بأرضية منخفضة تمكن المعاقين من استخدامها بسهولة، وكذلك يجب أن تكون واسعة الممرات والمقاعد من الداخل ومجهزة بما يتلاءم مع متطلبات المعاقين.

وعلى الرغم من تقديم الحافلات ذات الأرضية المنخفضة والتي يكون ارتفاع ارضيتها في حدود ٣٢ سم من سطح الأرض إلا أنه ليس من السهولة صعود الحافلة إذا كانت بعيدة عن حافة الرصيف، لذا فإن التحكم في طريقة وقوف الحافلات في غاية الأهمية، فيجب أن تقف الحافلات بحيث تكون موازية للرصيف، كما يساعد شكل الأرصفة وتلوينها السائقين على الوقوف بجانب الرصيف بدلا من أن يقف عل مسافة بعيدة عنه، ويمكن بالإضافة إلى خفض أرضية الحافلات العمل على خفض درجة الحافلة في حالة الحافلات المزودة بنظام خفض لهذا الدرج، وبعض الحافلات يمكن خفض الجزء الأمامي منها إلى ١٠ سم من سطح الأرض ليسهل على المعاقين ذوى الكراسي المتحركة صعودها.

تشريعات النقل العام الخاصة بالمعوقين :

هناك العديد من الدول التي اهتمت بإيجاد تشريعات خاصة لحماية المعوقين، تتمثل بقوانين تشريعية تغطى مختلف الأنظمة والقوانين المساعدة، ومنها قانون مانيتوبيا في كندا، والقانون الوطني الهولندي، والفرنسي، وكذات البناء الوطني الأردني وغيرها من البلدان المختلفة التي يمكن أن يستفاد من تجاربها التي يتم تحديثها بشكل مستمر، والعديد من هذه القوانين والتشريعات تتضمن معلومات مهمة عن أنظمة النقل المختلفة الخاصة بخدمة المعوقين (الورع، ٢٠٠٣).

ومن أهم هذه التشريعات : تشريع حركة النقل الذي يتضمن وثيقة التعليمات الخاصة بمرونة الحركة للمعوقين صادرة عن إدارة النقل في الولايات المتحدة. والأهداف والتعريفات العامة الوثيقة تقسم الوثيقة إلى عدد من العناوين الرئيسية تتعلق هذه التشريعات بمواصفات وسائل النقل المتاحة للمعوقين وذوى الاحتياجات الخاصة وفق ما يلي :

- ☒ انظمة الحافلات وسيارات النقل المتوسطة ضمن المدن وعلى الطريق السريعة.

- ☒ أنظمة النقل في حافلات السكك السريعة والخفيفة ضمن المدن.
- ☒ أنظمة النقل في حافلات سكة حديد.
- ☒ أنظمة مترو الأنفاق.
- ☒ أنظمة النقل في الحافلات المعلقة والناقلات البحرية والقوارب وغيرها.

وتتضمن الوثيقة التعليمات الخاصة بكل هذه الأنواع على حده من مساعدات الحركة للمعوقين، الأبواب والتعامل مع مناسيب الصعود، نوعية الأرضيات غير القابلة للانزلاق، شارات الجلوس وأولويتها، التوزيع الداخلي، وقبضات وسلاسل الاستناد، وخرائط توضيحية للطرق وأماكن التوقف، طلب إشعار التوقف، وغيرها من التعليمات المختلفة لكل نوع من أنواع النقل.

المعوقات التي تواجه المعاقين عند استخدامهم وسائل النقل:

يشير طه، وباضبعان (٢٠٠٣) إلى أن من بين المعوقات التي تواجه المعاقين عند استخدامهم وسائل النقل ما يلي:

(أ) معوقات خاصة بوسائل النقل نفسها :

هناك الكثير من المعوقات التي تواجه المعاقين عند استخدامهم لوسائل النقل، فعلى مستوى السيارات الخاصة فإن العديد من الدول لا تهتم بتقديم السيارات المجهزة المطلوبة للمعاقين وإنما تركز أكثر على تقديم السيارات الخاصة للفئات الأخرى من غير المعاقين، لذا فإن المعاقين في مثل هذه الدول يعانون من صعوبة توفر سيارات خاصة لهم تتناسب مع احتياجاتهم ومتطلباتهم.

أما بالنسبة لحافلات النقل العام فإن العديد من الدول يقوم بتسيير حافلات عادية دون مراعاة مدى ملاءمة استخدامها من قبل المعاقين. فعلى سبيل المثال فإن الحافلات العادية ذات الأرضية المرتفعة لخدمة جميع فئات المجتمع دون تمييز بينهم يعتبر غير مناسب، حيث يواجه بعض المعاقين الكثير من المشقة والعناء عند استخدامها والبعض الآخر لا يمكنه استخدامها.

(ب) معوقات خاصة بالمنشآت المتعلقة بوسائل النقل :

لا تقتصر المعوقات التي يواجهها المعاقين على وسائل النقل فقط وإنما يمتد أيضا إلى تلك المنشآت المتعلقة بالحركة والنقل واستخدام وسائل النقل، فعلى سبيل المثال يمكن تلخيص ذلك في النقاط التالية :

(١) ارصفة المشاة: الكثير من الأرصفة في بعض الدول غير مؤهلة لاستخدام المعاقين حيث تكثر فيها أحواض الأشجار والحفر وأعمدة الإنارة وغيرها من العوائق الأخرى، كما ان التوجه نحو استخدام المركبات بدرجة عالية في الوقت الحاضر قد قلل من عرض أرصفة المشاة في كثير من المدن.



(٢) محطات الحافلات: يلاحظ ان محطات الحافلات لا يتم الأخذ في الاعتبار بها المواصفات المطلوبة لحركة المعاقين، فعلى سبيل المثال يلاحظ ارتفاع الأرصفة عند هذه المحطات، كما يلاحظ في العديد منها عدم تجهيزها بمنحدرات لصعود الكراسي المتحركة للمعاقين.

(٣) محطات السكك الحديدية والمترو : هناك الكثير من الملاحظات على هذه المحطات، حيث إن العديد منها به سلالم عادية وغير مزودة بمنحدرات خاصة للمعاقين او مصاعد تنقلهم من دور لآخر، ويؤثر ذلك سلبا على المعاقين مما يضطر العديد منهم إلى الإحجام عن استخدام هذه الوسائل.

(٤) المنشآت المستخدمة لحركة المشاة: لا تهتم كثير من المدن بحركة المشاة ، وتعطى لحركة المركبات أولوية عن حركة المشاة ، فعلى سبيل المثال فإن هذه المدن لا تقوم

بعمل المنشآت اللازمة (الكباري والأنفاق المخصصة للمشاة..) المطلوبة لحركتهم، وبالتالي فإن النقص في هذه المنشآت يضطر المشاة إلى عبور طرق المركبات مما يعرضهم للخطر، وينعكس ذلك بدرجة كبيرة على المعاقين حيث يحول عدم وجود توافر هذه المنشآت في تقييد حركتهم والحد منها.

وفي أحد الدراسات التي أجريت في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية حو آراء المعوقين بعض الطلاب المعوقين حول الصعوبات التي تواجههم في اثناء استخدام الشوارع والأرصفة، فقد أشار حوالي ٨٣٪ منهم بأنه يجدون صعوبات ومشكلات في التنقل بين الشوارع والأرصفة في مدينة الرياض، وذكروا أن من أكثر الصعوبات التي تواجههم هي ما يلي :

الأرصفة :

- ☒ عدم انتظام ارتفاعات الأرصفة للمشاة وكثرة وجود الحفر التي تُعرض المعوقين للخطر كذلك عدم وجود أرصفة للمشاة في بعض الشوارع.
- ☒ اعتراض أحواض الزهور والأشجار وأعمدة الكهرباء طريق المشاة على الأرصفة بالإضافة إلى استخدام بعض قائدي السيارات أرصفة المشاة مكانا لوقوف سياراتهم خاصة في الأماكن التي يكثر فيها المشاة
- ☒ قيام بعض أصحاب المحلات والباعة بإشغال الأرصفة بالبضائع مما يعيق حركة المشاة وخاصة بالنسبة للمعوقين

أماكن عبور المشاة وإشارات المرور :

- ☒ قلة أماكن عبور المشاة خاصة المجهزة بمنحدرات تسهل عبور المكفوفين ومستخدمي الكراسي المتحركة.
- ☒ عدم وجود أنفاق أو جسور لعبور المشاة وبخاصة في الشوارع الرئيسية او المزدحمة بحركة السيارات
- ☒ عدم ملاءمة إشارات المرور الضوئية في الشوارع والتقاطعات للمشاة المعوقين.

سلوك بعض سائقي السيارات والمشاة :

- عدم وعى بعض سائقي السيارات بحقوق المعوقين عند عبورهم للشوارع والتقاطعات
- عدم وعى بعض المشاة الذين يستخدمون الأرصفة مع المعوقين بمدى أهمية مساعدتهم أثناء استخدام الأرصفة والشوارع وخاصة عند حاجة عبور المعوقين للتقاطعات
- تهور بعض سائقي السيارات وممارستهم لسلوكيات خاطئة في القيادة مثل (التفحيط) مما يعرض المعوقين لخطر حوادث المرور أكثر من غيرهم من المشاة

تقييم وسائل النقل بين المدن :

اتضح أن معظم الطلاب المعوقين سبق لهم السفر بوسائل المواصلات المختلفة.. القطار والطائرة وحافلات النقل الجماعي، وباستطلاع آرائهم حول تقييم هذه الوسائل الثلاثة بشكل عام من حيث التسهيلات المقدمة لهم عند استخدام هذه الوسائل، حيث ظهر بالنسبة لتقييم وسيلة القطار أن ٥٠٪ من المعوقين الذين سبق لهم استخدام هذه الوسيلة يرون أن التسهيلات والخدمات المقدمة لهم فيها ضعيفة أو متوسطة، أما حافلات النقل الجماعي

مشروع النقل المدرسي بالمملكة العربية السعودية:

بذلت وزارة التربية والتعليم جهوداً كبيرة لمواكبة النمو السكاني والتوسع العمراني بافتتاح المدارس كل عام، وتوزيعها في المدن بشكل يخدم جميع أحيائها السكنية، مما أدى إلى تقليل الاعتماد على النقل المدرسي داخل المدن، وجعله مركزًا على طلاب القرى والهجر إلى أقرب المدارس لهم، والذين لا تسمح أعدادهم القليلة بفتح مدارس لهم في محل إقامتهم،وكانت معظم عمليات نقل الطلاب هي إجراءات علاجية مؤقتة لحين التغلب على الظروف التي حالت دون وجود مدارس لهم (الطوق،١٤٢٧).

وبتوجيه كريم من صاحب السمو الملكي الأمير سلمان بن عبد العزيز أمير منطقة الرياض، ورئيس مجلس المنطقة، شكلت لجنة من عدة جهات حكومية وأهلية هي : وزارة

التربية والتعليم، ووزارة المواصلات، والشركة السعودية للنقل الجماعي، لدراسة الاقتراح الذي اوصى به مجلس المنطقة بشأن نقل الطلاب والطالبات في الحافلات بدلا من الأساليب المستخدمة من قبل اولياء الأمور، وقد ثبتت اللجنة برنامجا أسمته برنامج النقل المدرسي التعاوني تقوم بموجبه الشركة السعودية للنقل الجماعي بنقل الطالب من المدرسة وإليها مقابل مبلغ ٦٩٠ ريالا في الفصل الدراسي الواحد (الإدارة العامة للتخطيط التربوي، ١٤١٩ : ١٢).



وقد وضعت الإدارة العامة لخدمات الطلاب (١٤٢٢) من خلال لجان متخصصة شروطاً خاصة للنقل المدرسي لطلاب التربية الخاصة بهم (بالإضافة إلى الشروط العامة) ومن هذه الشروط ما يأتي:

(١) منح الأولوية في النقل عند المفاضلة لطلاب معاهد وبرامج التربية الخاصة، وإنهاء إجراءات التخصيص على مؤسسات النقل قبل بداية العام الدراسي بوقت كاف.

(٢) الأخذ في الاعتبار وضع طلاب التربية الخاصة بما يتناسب مع ظروفهم فيما يتعلق بالحد الأدنى للطلاب المنقولين، و المسافة، فلا يشترط لنقلهم ما يشترط لنقل طلاب التعليم العام من حيث العدد و المسافة.

(٣) أن تكون مدة عقد النقل ثلاث سنوات وليس سنة واحدة ليسمح ذلك للمتعهدين بتوفير سيارات حديثة وملائمة لظروفهم.

(٤) أن تكون سيارات النقل صغيرة تتراوح سعتها بين (٥) إلى (٢٢) راكبا ولا يزيد عن ذلك مراعاة لانتشار مواقع طلاب التربية الخاصة وحرصا على عدم إجهادهم خلال الرحلة المدرسية اليومية.

(٥) ان يتوفر في الحافلة وسائل السلامة و التكييف.

(٦) يشترط ان يكون في كل وسيلة نقل مرافق إضافة إلى السائق يتم توفيره من قبل المتعهد للحفاظ على سلامة طلاب التربية الفكرية وطلاب معاهد النور.

(٧) ان يكون لدى المتعهد عدد إضافي من الحافلات لاستخدامها عند تعطل الحافلة أو تغيب السائق وأن يضع ضمانا ماليا لدى إدارة المعهد أو المدرسة للصرف منه في الحالات الاضطرارية.

(٨) على المتعهد توفير رحلة إضافية لنقل الطلاب أثناء الزيارات الميدانية التي تعدها إدارة المعهد أو المدرسة بواقع زيارتين تربويتين في كل فصل دراسي لكل حافلة.

(٩) ان يراعى تجانس الطلاب المنقولين من حيث الإعاقة.

(١٠) اخذ رأى إدارة المعهد أو البرنامج عن مستوى أداء المتعهدين عند تجديد العقد.

وقد تمخضت عدد من الدراسات التي تم عرضها في ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة، التي عقدت في مدينة الرياض خلال الفترة من ٢٧ – ٢٩ إبريل ٢٠٠٣ م، عن التوصيات التالية الخاصة بالمملكة بشأن تنقل المعوقين الجوير(٢٠٠٣)؛ المطير(٢٠٠٣):

(١) يتعين القيام بتفعيل تكنولوجيا تركز على "تقييم الاحتياجات" وإجراء مسح لحالات الإعاقة المختلفة التي تتعلق بالتنقل.

(٢) تحديد متطلبات سعة المباني على المستويات المختلفة والعمل مع الولايات المتحدة وأوربا والوكالات الخاصة بالتنمية متعددة الجوانب وكذلك المؤسسات غير الحكومية لجذب المصادر اللازمة للخبرات.

(٣) التأثير على مسئولى الحكومة من أجل إنشاء وكالة تدريب مهني وإعادة تأهيل، وذلك لاستيفاء الخدمات غير المقدمة خارج نطاق أعمال قسم التعليم الخاص ووحدات التأهيل الموجودة بالمستشفيات.

(٤) الإشراف على دراسة مشكلات النقل والبنية التحتية في البيئة الناشئة وإعداد توصيات ومواصفات لسياسة خاصة بإزالة العوائق المعمارية في المباني الجديدة.

(٥) تأمين المساعدة الفنية والتعليم بأفضل الممارسات للقائمين على الموارد البشرية في المؤسسات الكبرى من أجل إعادة تدريب وتوظيف المعوقين.

(٦) تأمين المساعدة الاستشارية للأفراد والمؤسسات التي تبحث عن العون الذاتي وبرامج المجتمعات الممتدة.

(٧) تعديل الشوارع العامة والطرقات بما يتناسب مع حاجات المعوقين حركيًا وبصريا وسمعيا إضافة إلى متعددي العوق.

(٨) التوعية الاجتماعية بعدم استخدم المواقف والمرافق الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة إلا من قبلهم.

(٩) إسهام الدولة في توفير السيارات الخاصة بالمعوقين والمجهزة تجهيزا يتفق ونوع العوق لكل منهم.

(١٠) تكوين وتنفيذ مشروع استكشافي لتوفير وسائل انتقال تسهل استعمال الكراسي المتحركة ونطاق متواضع من خدمات الدعم مثل إصلاح الكراسي المتحركة، والاستشارات / دعم العملاء. ويمكن وضع اللبنات الأولى وتشغيلها عن طريق مساعدات تطوعية مجتمعية بتكلفة بسيطة.

(١١) حث القطاع الخاص والعام على دعم وإيجاد مختبر تقنية مساعدة ومركز تدريب لنشر الوعي واستعمال التكنولوجيا المتوفرة، ويمكن أن يتم ذلك من خلال مؤسسة مستقلة.

(١٢) عمل برنامج تدريب صيفي خاص بالطلاب المعوقين من الجامعات والمدارس الثانوية لدى الشركات الموجودة في الرياض.

(١٣) تقديم نطاق متواضع من خدمات التنقل مباشرة للمعوقين كإجراء مؤقت حتى يمكن تمويل وتنفيذ الخدمات الاجتماعية بشكل مدروس.

ويشير المالك (٢٠٠٣) إلى ما اشتملت أدبيات المعوقين على كثير من التوصيات التي تتعلق بالمعوقين، منها :

(١) تجهيز وسائل النقل العام بما يسهل استخدام المعوقين لها، مثل المصاعد والسلالم المتحركة والمزالق لصعود القطارات والحافلات وخلافه، ولاسيما في المناطق التي يكثر فيها انتقال المعوقين مثل المستشفيات والمراكز الصحية ودور الرعاية والمصالح الحكومية المعنية بأمرهم .

(٢) إعداد محطات السكك الحديدة والمطارات من حيث تصميم المباني والمرافق وتجهيزها بحيث يمكن للمعوقين الإفادة من خدماتها دون عناء.

(٣) توفير خدمات نقل خاصة يمكن أن يستدعيها المعوقون لنقلهم نظير آجر رمزي أو مجانًا إن أمكن، على أن تكون مجهزة خصيصا لنقل المعوقين.

(٤) حجز عدد من المقاعد في وسائل النقل للمعوقين.

(٥) إركاب المعاقين مجانًا أو بأجر مخفض في الطائرات ووسائل النقل العامة.

(٦) إركاب مرافقي المعوقين مجانًا في الطائرات ووسائل النقل العامة.

(٧) تركيب الهواتف في منازل المعاقين مجانًا أو نظير رسوم مخفضة، على أن تكون مجهزة بحيث يمكنهم استعمالها، ولاسيما بالنسبة لضعاف السمع.

(٨) السماح للسيارة التي يقودها المعوق، أو بها راكب معوق بالوقوف في الأماكن التي بها قيود على وقوف السيارات الأخرى.

(٩) السماح للعربات الخاصة بالمعوقين بالسير على الأرصفة بشرط أن تتوافر فيها الشروط المتعلقة بالسرعة القصوى والوزن والكوابح ونظام الإضاءة.

(١٠) التوسع في إنشاء مواقف خاصة للمعوقين على جنبات الطرق.

(١١) إضافة منحدرات يمكن للمعوق حركيًا تجاوز الرصيف بيسر وخطوط موازية للطرق العامة.

خدمات التأهيل السمعي

- فريق الخدمات السمعية.
- العوامل المؤثرة في الخدمات السمعية .
- إجراءات تقييم فقدان السمع
- التأهيل السمعي
- أهداف التدريب السمعي.
- مراحل التدريب السمعي.
- مناهج التدريب السمعي.
- خطوات التدريب السمعي.
- أنواع التدريبات السمعية
- معوقات تطبيق التدريب السمعي.
- التعليم الشفهي لذوي الإعاقة السمعية.
- زراعة القوقعة.
- دور المعلم في التأهيل السمعي.



الفصل الرابع عشر

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) المقارنة بين أدوار فريق الخدمات السمعية.

(٢) تحديد العوامل المؤثرة في الخدمات السمعية .

(٣) فهم إجراءات تقييم فقدان السمع

(٤) التمييز بين أهداف التدريب السمعي.

(٥) التعرف على مراحل التدريب السمعي.

(٦) شرح مناهج التدريب السمعي.

(٧) توضيح خطوات التدريب السمعي.

(٨) أنواع التدريبات السمعية

(٩) فهم معوقات تطبيق التدريب السمعي واقتراح كيفية حلها.

(١٠) استيعاب فوائد زراعة القوقعة.

(١١) تحديد أدوار المعلم في التأهيل السمعي.

الفصل الرابع عشر
خدمات التأهيل السمعي
Audiology Rehabilitation Services

مقدمة

إن تقديم هذه الخدمات السمعية هي أحد الخدمات المساندة يعد أكثر اهمية للصم وضعاف السمع وعلى رأسها الخدمات السمعية والتي تتضمن تحديد الأطفال الذين لديهم فقدان سمعي ، ومدى وطبيعة الفقدان السمعي ، متضمنا ذلك الإحالة إلى الاختصاصيين في مجال التأهيل السمعي ، وتقديم الأنشطة التأهيلية الملائمة : التدريب السمعي، وقراءة الشفاه، وتقييم السمع، وعلاج اللغة الكلام، وبرامج علاجية للوقاية من الفقدان السمعي، وتقييم المعين السمعي... الخ



ولقد اشار دوانج (Downing,2004) إلى أن أهم الخدمات السمعية، هي: تحديد الأطفال الذين لديهم فقد سمعي ، ومدى طبيعة الفقد السمعي متضمنا ذلك الإحالة إلى الاختصاصيين في مجال التأهيل السمعي ، وتقديم الأنشطة التأهيلية الملائمة: تأهيل اللغة ، التدريب السمعي، قراءة الشفاه، تقييم السمع ،علاج الكلام، برامج علاجية للوقاية من فقد السمع ، وإرشاد وتوجيه الأفراد ، وتحديد احتياجات الطفل للمعينات السمعية الفردية والجماعية وتقييم المعين السمعي.

يشير مصطلح تدريب المعوقين سمعيًا إلى مهارة الاستماع والتمييز بين الأصوات والكلمات والحروف، وتزداد الحاجة إلى التدريب السمعي مع ذوى الإعاقة السمعية البسيطة

والمتوسطة، وذلك لما لدى افراد هذه الفئات من بقايا سمعية يمكن توظيفها في تنمية المهارات السمعية. ويتم التدريب السمعي باستخدام الوسائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد على نجاح عملية التدريب (كمال سيسالم، ٢٠٠٢).



وتعتمد عملية التدريب السمعي على الاستفادة من بقايا السمع لدى الطفل المعوق سمعيًا ، حيث يعتقد أصحاب الطريقة الشفهية أنه كلما قلت درجة فقدان السمع، كلما كان التدريب السمعي افضل، وكلما زادت درجة فقدان السمع كلما كانت قراءة الكلام افضل.

ويعتمد التدريب السمعي بشكل اساسي على سماع الأصوات و تقليدها. ولهذا يرى بعض العاملين في المجال انه يلائم ضعاف السمع دون الصم. ويعد التدريب السمعي من اقدم طرق تدريب المعوقين سمعيًا على اكتساب مهارات التواصل اللفظية من خلال التركيز على استغلال بقايا السمع لدى الطفل و تنميتها، واستخدامها قدر الإمكان عن طريق تدريب الأذن على الاستماع، والتمييز بين الأصوات المختلفة، و الاستفادة من المعينات السمعية اللازمة في سبيل ذلك، إلى جانب الاستفادة مما يصدر عن الطفل من اصوات و تدريبه على تنظيم عملية التنفس حتى يتمكن من النطق الصحيح للكلمات المختلفة و الذي قد يتطلب علاج اضطرابات النطق التي قد توجد لديه.

ومع التقدم التكنولوجي العالمي السريع في صناعة المعينات السمعية ومقويات الصوت بمختلف أنواعها، فان تدريبات السمع و النطق قد حققت انتشارًا كبيرًا في الآونة الأخيرة، والهدف من استخدام مقويات الصوت هو توصيل الصوت إلى ضعيف السمع بعد تكبيره لمستوى معين، ليستطيع سماعه، بالإضافة إلى أن هناك بعض الحروف التي يصعب ترديدها إلا

باستخدام مقويات الصوت مع قراءة الكلام، الأمر الذي يزيد من قدرة المعوق سمعيًا على الفهم والتحصيل وعلاج بعض عيوب النطق، لأن المعوق في هذه الحالة يستخدم حاستين في آن واحد، حاسة البصر في قراءة الكلام، وحاسة السمع باستخدامه لمقويات الصوت.

فريق الخدمات السمعية:

في حقيقة الأمر هناك العديد من الأشخاص يلعبون دورا مهما في تنمية مهارات السمع والكلام لدى الأطفال الصم وضعاف السمع. فبالإضافة إلى والدي الطفل، يعتبر اخصائي السمع Audiologist واخصائي اللغة والكلام Speech Language Pathologist ومعلم التربية الخاصة Special education teacher من اهم الأشخاص الذين يلعبون دورا مهما في تنمية مهارات السمع والكلام (الزهراني،٢٠٠٧) لذلك سوف نناقش الأدوار التي يقوم بها كل منهم على النحو التالي:

(أ) أخصائي السمع:

يقدم اختصاصي سمعي Audiologist الخدمات الطبية، إذ يشخص الاضطرابات السمعية وتشخيصها وتقديرها، ويساعد في تأهيل الصم وضعاف السمع عن طريق تحديد المعينات السمعية الملائمة (طلعت منصور،٢٠٠٢: ٢٥) ، ويلعب أخصائي السمع عدة ادوار منها التأهيلي،التربوي، الطبي (owens et.al.2000:191) .

وتتحدد المادة الرابعة والستون في دليل القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بالمملكة العربية السعودية مهام أخصائي السمع على النحو التالي:

(١) قياس سمع التلاميذ المحولين إليه وتعبئة النماذج الخاصة بذلك.

(٢) تحديد نوع السماعة المناسبة للتلميذ حسب درجة فقدان السمع.

(٣) القيام بضبط السماعة حسب القدرة السمعية لدى كل تلميذ.

(٤) المتابعة اليومية للتأكد من استخدام التلاميذ للمعينات السمعية.

(٥) التأكد من صلاحية المعين السمعي وعمل الصيانة الأولية له.

(٦) كتابة تقرير عن الحالة السمعية للتلاميذ في نهاية كل فصل دراسي.

(٧) إعادة قياس سمع التلاميذ للتعرف على التغيرات الطارئة كلما دعت الحاجة إلى ذلك واتخاذ اللازم.

(٨) التعاون مع أخصائي السمع والكلام ومعلم تدريبات النطق والكلام (أخصائي اضطرابات التواصل) فيما يخدم التلاميذ المعوقين سمعيًا .

(٩) تحويل التلاميذ المرضى إلى طبيب الأنف والأذن والحنجرة.

(١٠) الاشتراك مع فريق العمل أثناء عملية التشخيص وإعداد الخطط التربوية الفردية الخاصة بالمعوقين سمعيًا .

(١١) الإرشاد السمعي للتلميذ وأسرته في ضوء نتائج الفحوصات.

(١٢) المشاركة في الدراسات، والأبحاث، والدورات، والندوات، والمؤتمرات في مجال اختصاصه.

(ب) أخصائي السمع التربوي:

إن الكثير من أخصائيي السمع لا يملكون المعرفة أو الخبرة في أساليب التدريب التربوية المختلفة ، ان أكثر مجموعة معرفة بهذا المجال التربوي هم المعلمون أنفسهم. (الزريقات،٢٠٠٣). ومن هنا دعت الحاجة إلى وجود أخصائي السمع التربوي. وقد ذكر الزريقات (٢٠٠٩) إن الرابطة الأمريكية للكلام والسمع (ASHA) قد طورت سياسة الخدمات السمعية في المدارس. وقد وضحت السياسة الجديدة دور ومسؤوليات أخصائي السمع في المدارس بشكل أكثر شمولية واتساعا. وإشارة السياسة الجديدة إلى دور أخصائي السمع التربوي يمكن ذكر بعض منها على النحو التالي.

(١) التطوير والإشراف على برامج الكشف السمعي لمرحلة ما قبل المدرسة وأطفال المدرسة.

(٢) متابعة التقييم السمعي الشامل.

(٣) تفسير نتائج التقسيم السمعي للمدرسة.

(٤) التزويد بتدريب أثناء الخدمة في السمع والإعاقة السمعية والتطبيقات المدرسية والطفل وأسرته.

(٥) العمل ضمن الفريق التربوي في التقييم والتخطيط وعملية الوضع في المكان المناسب والحاجة لخدمات مساعدة وحاجات التواصل وتعديل غرف الصف أو مشكلات سمعية أخرى.

(٦) عمل توصيات حول استعمال السماعات الطبية وزراعة القوقعة والمضخمات الصوتية.

(٧) ضمان تجهيز مناسب بالسماعات الطبية وزراعة القوقعة والمضخمات الصوتية الصغيرة والجماعية والأدوات المساعدة على الاستماع.

(٨) تحليل الإزعاج الصفي والصوتي وعمل توصيات لتحسين بيئة الاستماع.

(٩) الإدارة والتحكم بالتجهيزات السمعية.

(١٠) عمل توصيات لأدوات مساعدة على الاستماع للطلبة ذوي الإعاقة السمعية.

(ج) أخصائي اللغة والكلام:

(١) إحالة الحالات التي تحتاج إلى تدخل طبي إلى الجهات المختصة.

(٢) تشخيص اضطرابات التواصل (اللغة والنطق وطلاقة الكلام والصوت) لدى التلاميذ بغرض تحديد الخدمات التي يحتاجونها.

(٣) إعداد الخطط التأهيلية قصيرة وطويلة المدى والعمل على تنفيذها في ضوء الخطة التربوية الفردية.

(٤) متابعة تقويم كل تلميذ على حدة بشكل دوري (اسبوعي ـ شهري) للتعرف على مدى استفادة التلميذ من الخطة التدريبية العلاجية.

(٥) إطلاع الأسرة على الخطة الفردية العلاجية التدريبية للتلميذ، وإشراكها في مرحل إعداد تلك الخطة، وتنفيذها، وتقويمها.

(٦) التعاون مع معلمي المواد لمتابعة حالات التلاميذ ذوي اضطرابات التواصل، وزيادة كفاءة التدريب الخاص بهؤلاء التلاميذ والعمل لأعلى رفع مستوى أدائهم.

(٧) المشاركة في اللجان وفرق العمل التربوية والطبية داخل المدرسة وخارجها.

(٨) العمل على تحقيق الاستفادة القصوى للتلاميذ من المعينات السمعية الفردية والجماعية وبرامج التدريب السمعي وغيرها.

(٩) العمل على نشر الوعي الإرشادي العلاجي بشأن اضطرابات التواصل وأسبابها، وأساليب التخفيف من أثارها، وطرق التعامل معها. (القواعد التنظيمية، ١٤٢٢هـ)

(د) فني صب القوالب:

فني صب القوالب هو الذي يقوم بأخذ بصمات الأذن وصب القوالب المناسبة لكل تلميذ.

ومن مهام فني صب القوالب:



(١) عمل بصمات القوالب الخاصة بكل اذن لكل تلميذ مصاب بضعف سمع يستلزم خدمات التربية الخاصة.

(٢) القيام بتصنيع القوالب المناسبة لكل أذن حسب البصمات المعدة.

(٣) متابعة التلاميذ بعد استخدام القوالب للتأكد من ملاءمتها لتجنب حدوث أي تشويش عند استخدام المعين السمعي.

(٤) إعادة عمل بصمات الأذن للتلاميذ كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

(٥) تحديد احتياج معمل صب القوالب من الأجهزة والخامات والأدوات اللازمة لتصنيع القوالب.

(٦) المشاركة في الدراسات، والأبحاث، والدورات، ، والمؤتمرات في مجال اختصاصه.

(هـ) المعلمين:

يلعب كل من معلم التربية الخاصة والتعليم العام دوراً مهماً في تنمية مهارات السمع والكلام ، ومن بين تلك المهام ما يلي :

(١) زيادة الاستثارة البصرية.

(٢) تشجيع الطفل على التساؤل.

(٣) مواجهة التلميذ عند التواصل معه.

(٤) التأكد من مدى انتباه التلميذ باستمرار.

(٥) خلق بيئة استماع وسماع تفاعلية في الفصل.

(٦) تقليل المسافة بينة وبين التلميذ ذو فقدان السمع.

(٧) التأكد من الإضاءة المناسبة من أجل الاستثارة البصرية.

(٨) التأكد من صلاحية المعينات السمعية بالاستمرار والتأكد من استخدام التلميذ لمعيناته السمعية دائما.

(٩) التواصل الدائم مع فريق الخطة الفردية، أخصائي السمعيات، أخصائي اللغة والكلام، أباء التلاميذ.

العوامل المؤثرة في الخدمات السمعية :

هناك عدد من العوامل التي تلعب دورا في الاستفادة من الخدمات السمعية أهمها ما يلي:

(١) الكشف والتدخل المبكر:

تكمن أهمية الكشف والتدخل المبكر ، بالنظر إلى مرحلة النمو الحرجة التي تنحصر في الخمس السنوات الأولى من عمر الطفل، ففي هذه المرحلة تتشكل لدى الطفل كافة جوانب النمو المختلفة ولعل أهمها مرحلة النمو اللغوي ، وتكمن أهميتها بالنسبة للطفل الأصم وضعيف السمع في كونها مرحلة تعلم اللغة من خلال حاسة السمع وإذا كان هناك

اختلال في حاسة السمع يحول دون سماع أصوات الكلام فلن يستطيع الطفل إصدار هذه الأصوات الكلامية وبتالي لا بد من الكشف المبكر والتربية السمعية المبكرة بالاستغلال البقايا السمعية لدى الأطفال الصم وضعاف السمع.

وقد اكد الباحثين على انه عندما لا يتم تقييم واستثارة حاسة السمع خلال السنوات الحرجة لتعلم اللغة، فإن قدرة الطفل على استخدام ما يسمعه من اصوات وتفسيرها ستتدهور بسبب عوامل فسيولوجية (مثل تدهور الممرات المؤدية إلى نقل الصوت داخل الجهاز العصبي) وعوامل نفسية (مثل الانتباه ،الممارسة، والتعلم). وحيث ان هناك مركز للكلام في المخ يحتاج إلى تنبيه صوتي مستمر حتى ينضج ويتحقق هذا التنبيه عن طريق تغذيته بالأصوات الكلامية فإذا لم يتم تغذيته خلال السنوات الأولى من حياة الطفل يبدا هذا المركز في الضمور تدريجيا وتقل بتالي كفاءته مما يصعب تغذيته بعد ذلك(عبدالواحد،٢٠٠١).

ولقد ذكر الزريقات (٢٠٠٣) بعض العناصر الأساسية للتدخل المبكر السمعي والتي تتمثل فيما يلي:

- إرشاد فوري ومباشر لدعم موقف الآباء للتكيف مع التشخيص والتعبير عن مشاعرهم ومساعدتهم في العمل من خلال هذه المشاعر.
- تزويد الطفل المعاق سمعيا بالسرعة الممكنة بما يحتاج إلية من سماعات طبية.
- تشجيع النمو المبكر لنظام التواصل الرمزي بين أعضاء العائلة والطفل المعاق سمعيا.

(٢) أسباب الإعاقة السمعية:

صنفت اسباب الإعاقة السمعية إلى ثلاثة أنواع من العوامل على النحو التالي:

- اسباب تتعلق بمرحلة الحمل: وتشتمل على تسمم الحمل، والولادة المبتسرة (الخدج)، والنزيف الذي يحدث قبل الولادة، والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل، كالحصبة الألمانية، والالتهابات التي تصيب الغدة النكفية، أو الزهري، وتناول الأم بعض العقاقير الطبية اثناء الحمل مما يؤثر على الجهاز السمعي عند الجنين.
- اسباب تتعلق بمرحلة الولادة: وتشتمل على عسر الولادة، وعدم وصول الأكسجين إلى مخ الجنين، استخدام الآلات الساحبة اثناء عملية الولادة وتأثيرها على مراكز السمع في المخ.

- ❖ أسباب تتعلق بمرحلة ما بعد الولادة: وتشتمل على الأمراض والتهاب أغشية المخ التي تحدث للوليد، وإصابة الوليد بالالتهاب السحائي.أو الحوادث التي يتعرض لها الطفل، والتي تكون مسئولة عن نسبة كبيرة من فقدان السمع، وكذلك الأمراض من قبيل الحمى القرمزية، والغدة النكفية، والسعال الديكي، وأمراض الحصبة، والتهاب السحايا، وأمراض الرئة والأنفلونزا.

(٣) شدة الفقدان السمعي ونوعه:

تقسم الإعاقة السمعية وفقا لذلك إلى خمسة مستويات وذلك في ضوء درجة الفقدان السمعي مقاسه بالديسيبل، ووفق معايير المنظمة الدولية للمعايير International Standard Organization هي :

(١) فقدان سمعي بسيط جداً Slight (٢٧- ٤٠) ديسيبل.

(٢) فقدان سمعي بسيط Mild (٤١- ٥٥) ديسيبل.

(٣) فقدان سمعي متوسطMarbed (ملحوظ) (٥٦- ٧٠) ديسيبل.

(٤) فقدان سمعي شديدSevere (٧١- ٩٠) ديسيبل.

(٥) فقدان سمعي شديد جداً Profound (عميق) (٩٠- فما فوق) ديسيبل.

وتصنف الإعاقة السمعية وفقا لمكان الإصابة إلى :

(١) فقدان سمعي توصيلي.

(٢) فقدان سمعي حسي – عصبي.

(٣) فقدان سمعي مختلط.

(٤) فقدان سمعي مركزي.

(٤)مشاركة الأسرة في تنمية مهارات السمع والكلام:

تعتبر المشاركة الفعالة لوالدى الطفل الأصم وضعيف السمع في تنمية مهارات اللغة والكلام عاملا مهما جدا في تعليم الطفل الأصم وضعيف السمع مهارات السمع والكلام، وتعتبر السنوات الأولى مهمة ليس فقط للأطفال الصم وضعاف السمع بل أيضا للآباء فالأبوين لهما أكثر الأثر في حيات طفلهما ،إن تفاعلهما مع طفلهم في المراحل العمرية الأولى هي البداية الأولى التي تساعد الطفل على تنمية مهارات اللغة (الزريقات،٢٠٠٣).

إجراءات تقييم فقدان السمع

تشتمل سلسلة الإجراءات التشخيصية على عدة خطوات أساسية يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

(١) قياس وتشخيص القدرة السمعية:

ويذكر الروسان (١٩٩٨) أن أساليب قياس وتشخيص القدرة السمعية ظهرت لتحديد قدرة الفرد السمعية؛ حيث تقسم هذه الأساليب إلى أساليب تقليدية وأساليب حديثة تشمل الأساليب الطبية و التربوية. وانه غالبًا ما يقوم الأخصائي في تشخيص القدرة السمعية باستخدام الأساليب الطبية؛ في حين يقوم أخصائي التربية الخاصة باستخدام الأساليب والاختبارات التربوية. وهناك أسلوبان قياس وتشخيص القدرة السمعية، هما:

أولاً : الطرق التقليدية:

(١) طريقة الملاحظة Observation

(٢) طريقة منعكس الرمش The blink reflex

(٣) اختبار المجال الحر Free field tests

(٤) اختبارات التشتت Distraction tests

(٥) اختبار الهمس

(٦) اختبار" ويبمان" للتمييز السمعي Wepman auditory Discrimination test

(٧) مقياس بنتنر- باترسون Pintner- Paterson scale

(٨) اختبار هيسكي- نبراسكا للاستعداد للتعلم:

ثانيًا : الطرق الدقيقة المقننة

(١) جهاز قياس السمع الكهربي(الاوديومتر) .

(٢) القياس السمعي للمقاومة الظاهرية في الأذن الوسطى.

(٣) قياس ضغط الهواء على طبلة الأذن .

(٤) جهاز تخطيط الطبلة وقياس الانعكاسات العصبية.

(٥) جهاز تحليل سماعة الأذن (لمزيد من التفصيل يمكن الرجوع إلى سليمان والببلاوي، ٢٠٠٥).

(٢) تقييم القدرات السمعية:



يرتبط تقديم الخدمات السمعية بضرورة فحص السمع، فربما يلاحظ الوالدان وغيرهما من المحيطين بالطفل ضعف قدره الطفل على السمع وخاصة إذا كانت درجة الفقدان السمعي كبيرة إلى حد ما، أما إذا كان هذا الضعف يقع في نطاق الضعف السمعي البسيط جداً (٢٥ – ٤٠ ديسبل) فقد لا ينتبه إليه الوالدين أو المعلمين ولكن يمكن من خلال تطبيق بعض مقاييس واختبارات السمع أن نتعرف على مدي القصور الذي يعاني منه الطفل عند سماع الآخرين.

ومن بين هذه المقاييس مقياس تقويم السمع الذي اعده نوبل واثيلي Noble , W. & Athaley , G. والذي يكشف عن قدرة الطفل على سماع الكلام العادي من المصادر المختلفة للوالدين والتليفزيون والمذياع في المدرسة وكذلك مدي حدة سمع الأصوات غير الكلامية كصوت الحيوانات ووقع الأقدام ودقات الساعة وسيل الماء، وايضا تحديد مصدر الصوت ، وما إذا كان يحس الطفل بالتشويش في كلام الآخرين او حدوث رنين في أذنه.

وهناك أيضا مقياس الإعاقة السمعية الذي أعده هاي High, W. ...وغيرها من المقاييس الأخرى التي تعطينا بعض المؤشرات التي يمكن أن تدفعنا إلى إجراء المزيد من الفحوص في حالة ما إذا كانت تشير نتائجها إلى وجود نوع من الفقد السمعي وإذا ما ثبت ذلك بالفعل يتم تحويل الطفل إلى أخصائي السمع ليخضع لفحص سمعي شامل لتحديد درجة الفقدان السمعي حتى

يمكن اتخاذ التدابير اللازمة لمساعدة الطفل من قبيل تركيب سماعة للأذن أو إجراء عملية لترقيع الطبلة وغير ذلك من الإجراءات الأخرى.

وتتضمن عملية فحص السمع إجراء ثلاثة فحوص أساسية هي :

أ- فحص القدرة على التمييز السمعي :

اي قدرة الطفل على التمييز بين مثيرات سمعية مختلفة وفي بيئات مختلفة ويمكن تقديره بطرق واختبارات عديدة وتتضمن المثيرات السمعية : الأعداد ، الأصوات ، الكلمات ، والجمل والمقاطع التي لا معني لها والضوضاء المنبعثة من البيئة والإيقاعات المتنوعة.

فمثلا لو ابدل الطفل صوت /ث/ بـ /س/ فيمكن في هذه الحالة تقديم كلمات تتضمن الصوتين في كلمات متنوعة مثل :

(سار ثار) - (سور ثور) - (يسار يثار)

ثم نحلل الفروق بينهما للتعرف على مدي قدرة الطفل على التمييز بينهما ويمكن تقدير التمييز السمعي بجعل الطفل يجيب بكلمات مثل "نعم ،لا" " صحيح ، خطأ" " نفسه ، مختلف " وذلك عندما يقدم له صوت أو مقطع او مثيرات بكلمة او استخدام صورة للمثير الصحيح والذي يراد فحصه.

ب- فحص الذاكرة السمعية :

أي القدرة على استدعاء المثيرات السمعية التي سبق عرضها على الطفل بطريقة لفظية، وتتمثل في القدرة على استرجاع أسماء الأشياء، والتعليمات، وتهجئة الكلمات واسترجاع تسلسل الأحداث وأيام الأسبوع والشهور والأرقام في تسلسل منتظم؛ إذ يمكن أن تكون مشكلات النطق التي يعاني منها الطفل سببها عدم قدرته على تذكر مثل تلك المثيرات السمعية فلو لم يستطع الطفل تذكر الصوت او متابعة الأصوات فمن المحتمل ان لا يتمكن من تعلمه على نحو صحيح ، وتتضمن اختبارات الذاكرة جملا وكلمات وأعداد ومقاطع لا معني لها ، ويتضمن إجراء هذه الاختبارات عامة جعل الطفل يردد المثيرات السمعية المقدمة له ، وفي حالة انخفاض أداء الطفل عن المتوسط بناء على معايير الاختبار لابد من ملاحظته لوضعه في الاعتبار مستقبلاً ، ومن بين

هذه الاختبارات المتاحة : تكرار الأعداد للأمام والخلف وتذكر جمل من مقياس الذكاء " لـ ستانفورد – بينيه " Standford - Binet . واختبار التخزين والإرجاع السمعي قصير المدي Flowers. وتكرار الجمل من مقياس الذكاء لـ وكسلر Wechsler في مرحلة ما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية.

جـ - فحص الفهم السمعي :

هو مصطلح يشير إلى الإدراك والتفعيل السمعي المركزي وتمثيل المدخل والقدرة على التعرف وتفسير المثيرات السمعية وهو يتضمن الوظائف اللغوية او المعرفية للجهاز السمعي فلو لم يتمكن الطفل من تحديد معني الرسائل القادمة إليه فمن غير الممكن ان يستطيع ان ينطق بشكل عادي ويمكن فحص الفهم السمعي بإجراء اختبارات مثل:

اختبار الفهم السمعي لـ " ليندا موود " Linda Mood.

اختبار قدرات السمع المركزية لـ " فلاورز وكوستلو "Flowers &Costello.

التأهيل السمعي Audiol0gical Rehabilitation



بعد القيام بإجراء التقييم الشامل للفرد الأصم او ضعيف السمع ومنها التقييم السمعي يجب ان توجه الجهود نحو التأهيل السمعي (الزريقات،٢٠٠٩). حيث مع وجود التقنية الحديثة كأجهزة السمع القوية، أو القوقعة المزروعة في الأذن الداخلية، اصبح الأشخاص المصابين بالإعاقة السمعية اكثر قدرة على الاستفادة من القدرات السمعية المتبقية لديهم (أبو حلتم،٢٠٠٥). ولقد ذكر هالاهان وكوفمان (Halhan&Kauffman,2006) ما اشار إليه ستون (Stone,1997) من ان هناك العديد من المبادئ التي يستند إليها المؤيدون لأسلوب التأهيل السمعي يمكن جمعها فيما يلي:

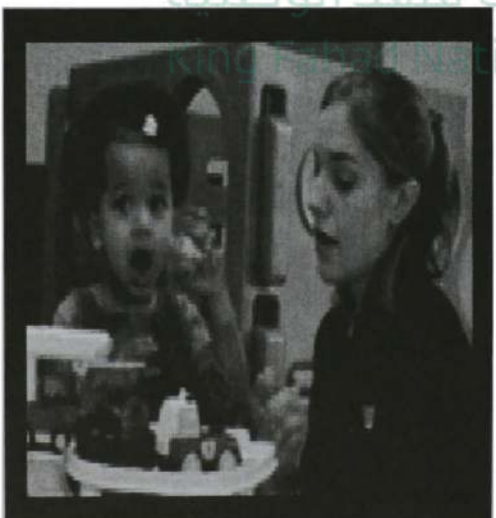
(١) ان معظم الأطفال الذين يعانون من فقد السمع لديهم سمع متبقي يكفي كي يستفيدوا من استخدامهم له.

(٢) ان التكنولوجيا التي تقوم على تضخيم الصوت مثل سماعات الأذن وزراع القوقعة قد شهدت تطوراً كبيراً إلى الحد الذي يجعلنا نتوقع أن كل طفل فقد سمعه يمكنه ان يسمع ذلك الكلام الذي تتضمنه المحادثات المختلفة.

(٣) اننا مهما بدانا في التدريب على استخدام إجراءات تكبير الصوت في وقت مبكر من عمر الطفل فإن ذلك لن يعتبر مبكراً مطلقاً ، وبالتالي لا يمكننا ان نقول اننا قد بدانا مبكراً وكان يجب ان ننتظر إلى ما بعد ذلك حيث أنه إذا ما حدث ذلك وانتظر الطفل على اثره وتأخر في هذا التدريب سيكون من الصعب ان نحصل على نتائج جيدة في هذا الخصوص.

(٤) ان الوالدين يمثلان جانبا حاسمًا من خطة العلاج التي يتم تقديمها لطفلهما حيث سيقومان بتقديم النماذج اللغوية المناسبة له.

ولقد اشار الزريقات(٢٠٠٣) إلى ان بنش(Bunch,1987) حددت ستة عناصر اساسية لبرنامج التأهيل السمعي:



(١) التشخيص المبكر للفقدان السمعي وتدريب مبكر.

(٢) استعمال مستمر وثابت لمضخمات صوتية مناسبة.

(٣) بيئة صوتية جيدة.

(٤) خبرة سمع طبيعية.

(٥) تدريب سمعي.

(٦) اباء ومعلمين مرنين وذوو معرفة.

وتضيف بنش(Bunch,1987) إلى

ان عوامل نجاح برنامج التأهيل السمعي يمكن أن تلخص في النقاط التالية:

(١) التعرف المبكر على الفقدان السمعي.

(٢) العلاج السمعي المناسب.

(٣) معلمون مدربون جيدا.

(٤) استجابات مساعدة على الخريطة السمعية.

(٥) ذكاء الطفل.

(٦) تماسك البرنامج.

التدريب السمعي:

لقد ذكر حنفي(٢٠٠٤) إلى ما اشار إليه كتيز (Katz1978) ان البداية الأولى لاستخدام التدريب السمعي للصم وضعاف السمع على نحو منظم إلى تعود لجهود المعلم الفرنسي جين إتارد Jen Itard (١٨٠٢) ، وكارهات Earhart (١٨٤٧) اللذين وضعا أسسا وإجراءات محددة للتدريب السمعي ما تزال تستخدم حتى الآن، تستهدف تحقيق سيطرة الطفل على اللغة ، وتعليم الطفل ان يتكلم ، وتشجيعه على التوافق مع العالم السمعي.

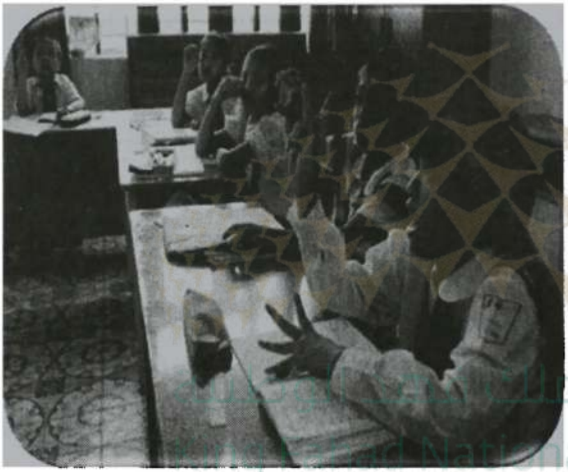
ويشتمل التدريب السمعي على تعليم الطفل الأصم أو ثقيل السمع على توظيف كل ما يمتلكه من قدرة سمعية . ويعتقد المتخصصون في مجال الإعاقة السمعية ان معظم الأفراد لديهم قدرات سمعية متبقية وأنهم بالتالي يستفيدون من التدريب السمعي. (الخطيب، ١٩٩٨)

ويعرف التركي (٢٠٠٥) مصطلح التدريب السمعي بأنه يعني: "التركيز على تنمية القدرات المتبقية من حاسة السمع كتطوير الوعي بالأصوات، وتطوير القدرة على تمييز الأصوات، وتطوير القدرة على التمييز بين الأصوات في بيئات مختلفة، بالإضافة إلى التدريب على الإصغاء والانتباه السمعي".

أما يوسف (٢٠٠٧) فيعرف التدريب السمعي بأنه: "عملية تنبيه للقدرة السمعية للطفل الأصم للاعتماد عليها في التدريب النطقي واكتساب اللغة، وليس هناك ما يمنع من التدريب السمعي حتى للطفل السامع باختلاف بسيط".

ويشير مصطلح التدريب السمعي إلى "تدريب ذوي الإعاقة السمعية على مهارات الاستماع والتمييز بين الأصوات والكلمات والحروف، وتزداد الحاجة إلى التدريب السمعي مع ذوي الإعاقة السمعية البسيطة والإعاقة السمعية المتوسطة، وذلك لما لدى أفراد هذه الفئات من بقايا سمعية يمكن توظيفها في تنمية المهارات السمعية" (سيسالم،٢٠٠٢).

ويقترح المتخصصون في مجال الإعاقة السمعية (Silverman, 1971) مراعاة النقاط التالية عند تنفيذ برامج التدريب السمعي للأفراد المعوقين سمعيًا :



(١) إن معظم الأطفال الذين يتم تشخيصهم طبيًا بوصفهم يعانون من صمم كامل يمكنهم أن يسمعوا الأصوات باستخدام أدوات تضخيم الصوت المناسبة. و المعين السمعي وحده لا يكفي، فلا بد من تطوير برامج رسمية للتدريب السمعي، ذلك أن هذه البرامج قادرة على مساعدة الأصم على الاستفادة من القدرات السمعية المتبقية.

(٢) أن التدريب السمعي يكون أكثر فعالية عندما يتم بالاستعانة بالبصر و اللمس.

(٣) يجب أن تكون طبيعة التدريب السمعي معتمدة على القدرات السمعية للطفل. وهذا يتطلب تقييم السمع بشكل متكرر.

(٤) يجب أن يبدأ التدريب السمعي، حتى في حال عدم استخدام المعين السمعي، مباشرة بعد تشخيص حالة الصمم.

(٥) ان التدريب السمعي المنظم قد يجعل الطفل المعوق سمعيًا أكثر تقبلاً للمعين السمعي لأنه يزوده بخبرات ذات معنى.

أهداف التدريب السمعي:

يذكر" هلاهان و كوفمان" (Hallahan& Kauffman, 1991) ان عملية التدريب السمعي تتضمن في اغلب الأحيان السعي نحو تحقيق ثلاثة أهداف رئيسية هي:

(١) تنمية وعى المعوقين سمعيًا بالأصوات.

(٢) تنمية وتطوير القدرة على التمييز الدقيق بين الأصوات البيئية.

(٣) تطوير القدرة على التمييز .

وهناك بعض التدريبات الخاصة بتنمية حاسة السمع ومن أهم هذه التدريبات ما يلي :

(١) التدريب على تنمية مهارة التعرف على الأصوات

من المهم للطفل ألا يصل إلى حالة يفقد فيها فضوله الطبيعي، فقد يسمع أصواتًا غير مألوفة له ولكنه قد لا يهتم باكتشاف ماهيتها، وقد لا يتأتي له ان يعلم ان المعلومات التي توفرها له في هذه الأصوات يمكنها ان تقوم بتنبيهه إلى ما يحتمل ان يكون وراءها من خطر أو أمن. كما يفتقد هذه الأصوات كعلامات ترشده إلى هدف يريد الوصول إليه.

(٢) التدريب على تنمية مهارة تحديد طبيعة الصوت :

كثيرا ما نسمع صوتًا، ولكننا نعجز عن تحديد موقعه. وقد يرجع ذلك إلى عدد من الأسباب الممكنة، كضعف السمع في إحدى الأذنين أو كليتهما، أو انعكاس الصوت من شئ ما، أو احتجابه بسبب وجود عائق يحول بين المصدر الصوتي والسامع او وجود المصدر الصوتي على ارتفاعات مختلفة، أو ان يكون المصدر الصوتي متحركًا أو متقطعًا .. الخ. وقد يجهل الطالب جهلاً تامًا معرفة كثير من الأسباب التي تؤدى إلى ضعف مقدرته على تحديد موقع الصوت. كما ان هؤلاء الأطفال لا يتمكنون أحيانًا من تعيين موقع الصوت.

وذلك عن طريق تعريض الطفل لأنواع مختلفة من الأصوات المنتشرة في البيئة مثل أصوات السيارات والآلات والطيور والحيوانات وصوت جريان الماء وصوت سقوط الأحجار وصوت بعض الظواهر الطبيعية كالرعد والمطر والرياح.

(٣) التدريب على تنمية مهارات تمييز الأصوات :

مما يزيد من صعوبة تحديد موقع الصوت أن الصوت قد يحجب بعامل من حاجز يحجزه أو بإحاطته بأصوات أخرى، وربما كان الصوت المحجوب أو الصوت الأضعف هو الأكثر أهمية وفائدة للطفل، إذ إن الأصوات التي يمكن أن تزوده بمعلومات مهمة قد لا تحمل أي معني بالنسبة له بسبب افتقارها لأهميتها الانفعالية.

ومن هنا فإنه يمكن تقسيم استخدام الأصوات إلى عدد من المجالات المهمة والمتساوية: إذ يجب أولاً أن نوقظ وعي الطفل بالصوت وإدراكه له، ثم عليه بعد ذلك أن يتعرف عليه ويحدد موقعه، وقد يتحتم عليه – عند تحديده لموقع الصوت – أن يلتقط صوتًا معينًا من بين مجموعة من الأصوات الأخرى التي لا تحمل قيمة بالنسبة له. وباختصاره يتحتم على الطفل أن يتعلم استخدام الأصوات بذكاء.

هناك ثلاثة طريق لتحقيق ذلك، هي:

الطريقة الأولى: وذلك بتقديم مجموعة من الأصوات المختلطة والمنبعثة في وقت واحد مثل صوت إنسان وصوت حيوان وصوت آلة وصوت طيور وصوت سقوط أحجار، ويطلب من الطفل التمييز بين هذه الأصوات بالترتيب حسب سماعه لها حيث يقول سمعت صوت إنسان ثم سمعت صوت قطة ثم سمعت صوت سيارة..الخ.

الطريقة الثانية: تقديم مجموعة من أصوات أشخاص يعرفهم الطفل، ويطلب منه التمييز بين هذه الأصوات بالترتيب حسب سماعه لأصواتهم، حيث يقول سمعت صوت ماجد ثم صوت فهد ثم صوت عبد الرحمن..الخ.

الطريقة الثالثة: تقديم مجموعة من أصوات الآلات والأجهزة والمعدات كصوت سيارة ثم صوت طائرة ثم صوت آلة موسيقية ثم صوت آلة في مصنع، ويطلب منه التمييز بين هذه الأصوات بالترتيب الذي سمعه وحسب سماعه لها، حيث يقول سمعت صوت سيارة ثم صوت طائرة ثم صوت بيانو..الخ

(٤) التدريب على تنمية مهارة تحديد اتجاه الصوت :

وذلك عن طريق تقديم مثيرات صوتية من اتجاهات مختلفة مثل: صوت خارج الغرفة أو صوت داخل الغرفة أو صوت من الطابق العلوي أو صوت من جهة الشمال أو صوت من جهة الغرب.. ويدرب الطفل على تحديد الاتجاه الذي يصدر منه الصوت، ومن الجدير بالذكر أنه من المهم واللافت للنظر قبل تدريب الطفل على مهارة تحديد اتجاه الصوت أن يدرك تماما المفاهيم المكانية وتطبيقاتها على الواقع مثل: أعلى وأسفل وتحت وفوق وشرق وغرب وشمال وجنوب، وكذلك يدرب على كيفية تحديدها.

(٥) التدريب على تنمية مهارة تحديد المسافة التي يصدر منها الصوت :

حيث يدرب الطفل على تحديد المسافة التي يصدر منها الصوت عن طريق تقديم مثيرات سمعية تصدر من مسافات مختلفة ويدرب على التمييز وفقا لدرجة بعدها، حيث يعبر عن ذلك بقوله: "صوت فهد أقرب إلى من صوت ماجد، وصوت أسامة أبعد من صوت ماجد" .. وهكذا وبعد إتقان هذه المهارة يجب أن يدرب على تحديد البعد المكاني للصوت بتقدير المسافة بوحدة قياس مناسبة، كأن يقول: "صوت السيارة على بعد حوالي ١٠متر تقريبا وصوت العصفور على بعد ٥ متر تقريبًا" .. وهكذا.

وفي مرحلة متقدمة من التدريب يمكن تنمية مهارة تحديد المسافة التي يصدر منها الصوت عن طريق تمييز صدى الصوت كصدى أصوات السيارات والمارة

والحيوانات، وكذلك عن طريق تحديد العوائق كالمباني والجدران والأماكن المتسعة أو المفتوحة أو المغلقة أو الضيقة أو المرتفعة أو المنخفضة .. وهكذا.

ولقد ذكر الخطيب (٢٠٠٥) ما اقترحه سلفرمان (Silverman,1971) من مراعاة عدة نقاط عند تنفيذ برنامج التدريب السمعي للأفراد ذوي الإعاقة السمعية:

(١) إن معظم الأطفال الذين يتم تشخيصهم طبيا بوصفهم يعانون من صمم كامل يمكنهم أن يسمعوا الأصوات باستخدام أدوات تضخيم الصوت المناسبة، والمعينات السمعية بمفردها لا تكفي، فلا بد من تطوير برامج رسمية للتدريب السمعي إذ إن هذه البرامج قادرة على مساعدة الأصم على الاستفادة من القدرات السمعية المتبقية.

(٢) إن التدريب السمعي يكون أكثر فاعلية عندما يتم بالاستعانة بالبصر واللمس.

(٣) يجب أن تكون طبيعة التدريب السمعي معتمدة على القدرات السمعية للطفل. وهذا يتطلب تقييم السمع بشكل متكرر.

(٤) يجب أن يبدأ التدريب السمعي، حتى في حالة عدم استخدام السماعة الطبية، مباشرة بعد تشخيص حالة الصمم.

(٥) إن التدريب السمعي المنظم قد يجعل الطفل أكثر قبولا للسماعة الطبية لأنه يزوده بخبرات ذات معنى.

وأضاف سيلفرمان (Silverman, 1973) عدداً آخر من الأفكار المهمة التي ينبغي مراعاتها عند تطبيق إجراءات التدريب السمعي وتتضمن ما يلي:

(١) التدريب السمعي يكون أكثر تأثيراً عندما يقترن السمع بالرؤية واللمس.

(٢) ضرورة ملاءمة فنيات التدريب السمعي مع قدرات الطفل السمعية.

(٣) ضرورة البدء في استخدام التدريب السمعي عقب اكتشاف حدوث الإعاقة السمعية.

(٤) ضرورة أن ترتبط الخبرات المصاحبة لاستخدام المعينات السمعية، بأشياء مقبولة وذات معنى بالنسبة للأطفال المعوقين سمعياً .

(٥) إن الأداة السمعية وحدها لا تكفي، وأنه لا بد من التدريب السمعي الذي يعتبر العامل الرئيسي لتعليم الطفل المعوق سمعيًا كيف يستفيد من السمع المتبقي لديه.

مراحل التدريب السمعي:

المرحلة الأولى **: يدرب الطفل على الانتباه والاستجابة للأصوات المحيطة به ويدرب كذلك على عدم إعطاء استجابة عند غياب الأصوات ومن أهم المهارات التي يدرب عليها في هذه المرحلة هي الوعي بوجود الصوت وذلك من خلال تدريبه على البحث عن مصدر الأصوات، بعد ذلك يدرب على الانتباه الانتقائي للأصوات بمعنى اختيار الصوت الذي سوف ينتبه له، يدرب الطفل كذلك على ملاحظة أصوات مختلفة من ناحية التردد والشدة أو الارتفاع مثل أصوات متنوعة من البيئة أو أصوات العاب أو حيوانات...الخ**



المرحلة الثانية **: يتم تدريب الطفل على ملاحظة الاختلاف بين صوتين أو أكثر من الأصوات اللغوية، وأن يستجيب بشكل مختلف عند سماع كل صوت مثل الاختلاف بين الأصوات من ناحية موقع اللفظ، وطريقة اللفظ، وكذلك صفة الجهر والهمس في الأصوات اللغوية.**

المرحل الثالثة: **يدرب الطفل على التعرف على المثيرات الصوتية من خلال الإشارة إلى الصور أو المجسمات التي تمثل الصوت أو الكلمة أو المقطع اللفظي، وكذلك كتابة الكلمات التي يسمعها (إذا كان في مرحلة تعلم الكتابة).**

المرحلة الرابعة: **يتم الاهتمام بشكل أولي بتطوير فهم واستيعاب معنى الكلمات والعبارات والجمل التي يسمعها، ويتم كذلك الاهتمام بتطوير الذاكرة السمعية (فوزي،٢٠٠٨).**

مناهج التدريب السمعي:

لقد أشار الزريقات (٢٠٠٩) إلى ان هناك ثلاثة مناهج للتدريب السمعي:

(١) اسلوب المحادثة الطبيعية *Natural Conversational Approach*: وهذا يسمح للطفل بناء ثقته بنفسه في بيئة هادئة وطبيعية وغير ضاغطة. ويعطي الفرد فرصا كثيرة في هذا النموذج ويشجع على عمل تخمينات ضمن محتوى الموضوع المحدد.

(٢) أسلوب المنظم المتوسط *Moderately Structured* : يعتمد هذا الأسلوب على خبرات ضمن أسلوب قصصي، ويوصف النشاط هنا من خلال انشطة مخططة وكلمات وجمل ومناقشة، وهذه الكلمات والجمل تختلف سمعيا، وبتالي التعرف على الأصوات خلال السمع امر يمكن حدوثه.

(٣) اسلوب ممارسة المهمة المحددة *Specific Task Practice*: وهذا الأسلوب يتألف من انشطة مثيرة واستجابة شاملة لمهارات التقاط الأصوات أو سماعها والتمييز السمعي والتعرف إلى الأصوات وادراك معنى الأصوات.

الإعداد السمعي :

تشتمل عملية الإعداد السمعي على مرحلتين أساسيتين هما، التمييز السمعي، والتدريبات السمعية.

أولاً : التمييز السمعي [1]:

سبق ان ذكرنا أن القدرة على التمييز بين الصوت الخاطئ والصحيح هو احد المطالب الهامة لتصحيح النطق، ويرجع ذلك إلى أن الطفل المعوق سمعيًا قد ينطق الصوت بصورة خاطئة؛ لأنه غير قادر على التمييز بين الصوت الصحيح والصوت الخاطئ.. ولذلك لابد أن يقوم أخصائي التخاطب بتدريب أذن الطفل المعوق سمعيًا كخطوة هامة من إجراءات المعالجة النطقية؛ وذلك لتمكين الطفل المعوق سمعيًا من التمييز السمعي لكل المميزات الصوتية للصوت.

ويختلف الوقت المخصص لتدريب كل طفل باختلاف مدى قدرته على التمييز السمعي. وفي حال إذا كان الطفل المعوق سمعيًا يستطيع التمييز بين الصوتين الصحيح

---

(١) ينتج احيانًا عن التدريب على التمييز السمعي أن ينطق الطفل المعوق سمعيًا الصوت المستهدف بصورة صحيحة، وفي هذه الحالة قد لا يحتاج أخصائي التخاطب الاستمرار في مراحل العلاج التالية.

والخاطئ يمكن إلغاء التدريب على التمييز السمعي، أما في حالة ضرورة حصول الطفل المعوق سمعيًا على تدريب للتمييز السمعي.. هنا يجب على الطفل المعوق سمعيًا أن يحقق حداً أدنى من الأهداف الآتية قبل أن يكون مستعداً لمحاولة لفظ الصوت لفظاً صحيحًا :



أولاً : يجب أن يتعلم كيف يحلل نماذج الكلمات التي تحتوى على أخطائه، على الأقل في عدد الكلمات التي يألفها، والهدف من هذه الخطوة أن يتعرف على أخطائه وعزلها كوحدة صوتية مميزة في تلك الكلمات؛ ومن بين الإجراءات التي يقترحها (كورتس، ١٩٦٧) لتحقيق هذا الهدف ما يلي :

(١) يقرأ المعلم قائمة من الكلمات على مسمع الطفل المعوق سمعيًا ، بحيث تحتوى بعض الكلمات على الأصوات التي يصعب على الطفل المعوق سمعيًا لفظها، ويطلب من الطفل المعوق سمعيًا أن يعطى إشارة عندما يسمع الصوت الصعب، وحتى نتمكن من رصد التقدم الذي يحرزه الطفل المعوق سمعيًا تعطى علامة واحدة لكل مرة يتعرف فيها على الكلمة التي تضم الصوت الصعب.

(٢) تجميع كتيب من الصور التي تحتوى أسماؤها على أصوات معينة، ثم يطلب من الطفل المعوق سمعيًا أن يضع خطًا أحمر تحت الصوت الصعب.

(٣) يمكن خلط مجموعة من الصور والأشياء التي تحتوى أسماؤها على الأصوات الصعبة، مع تلك التي تحتوى أسماؤهم على الأصوات السهلة، ثم يطلب من الطفل المعوق سمعيًا أن يصنف هذه الصور أو الأشياء في مجموعتين منفصلتين، ويعطى علامة لكل صورة أو شئ يجده، ويضعه في المجموعة الصحيحة كما ينقص علامة لكل شئ يضعه في المجموعة الخاطئة.

(٤) ويمكن أن يطلب من الأطفال الكبار والبالغين أن يضعوا خطًا تحت كل كلمة تحتوى على الصوت الصعب في فقرة كاملة.

ثانيًا : على الطفل المعوق سمعيًا أن يتعلم كيف يتعرف على الصوت الخاطئ والصوت الصحيح، ويشخصهما ككيانين مستقلين، ويكون قادرًا على التمييز بينهما بسهولة، وفيما يلي بعض الأمثلة على أنواع الإجراءات المتبعة لتحقيق ذلك :

(١) يمكن أن يقترن الصوت بالحيوانات، أو الأشياء التي تخرج أصواتًا ، وهكذا فإن / ز/ يمكن أن تكون صوت " أزيز" النحل، وصوت /س/ يمكن أن تكون صوت " هسيس عجل مثقوب "، وصوت /ر/ يمكن أن يكون صوت تشغيل السيارة الذي يصدره مشغل السيارة، وصوت /ف/ يمكن أن يكون صوت القطة الغاضبة.. وهكذا فإن الأهمية الرئيسية لهذه الأسماء هي في تدعيم الصورة السمعية لكل صوت وجعله حيًا بقدر الإمكان.

(٢) يقرأ المعلم قائمة من الكلمات، بحيث يجرى تقليد الخاطئ في بعضها، ويطلب من الطفل المعوق سمعيًا أن يصغى بانتباه لكل خطأ، وأن يعطى إشارة عند سماعه لكل خطأ، مما يؤدى بالتالي إلى تمييز لفظ الصوت الصحيح من الصوت الخاطئ.

(٣) إذا توافرت آلات التسجيل فإن الطفل المعوق سمعيًا والمعلم يمكنهما أن يسجلا قوائم من الكلمات معًا ، إذ يقرأ الطفل المعوق سمعيًا الكلمة باللفظ الخاطئ، ويقوم المعلم بتكرار الكلمة بلفظها الصحيح، وبعد الانتهاء يصغى الطفل المعوق سمعيًا للتسجيل، ويقارن نطقه بنطق المعلم.

(٤) عند اكتشاف أو اعتراف الطفل المعوق سمعيًا بأن لفظه لبعض الأصوات أمر غاية في الصعوبة، ومع ذلك يمكن أن يكتشف خطأ غيره من الأطفال، يجرى تسجيل أخطاء كلا الطرفين مع المعلم، أو شخص ثالث، يلفظ الصوت لفظًا صحيحًا ، وعند سماع التسجيل فإن الطفل المعوق سمعيًا يستطيع أن يسمع أنه فعلاً قد نطق نفس الخطأ الذي نطقه الطفل المعوق سمعيًا الآخر عندما يسمع الفرق في نطق كل منهما عن النطق الصحيح(المشابقة، ١٩٨٤).

خطوات التدريب السمعي:

يمكن تحقيق أهداف التدريب السمعي من خلال إتباع الخطوات التالية :

(١) إشعار الطفل بوجود صوت :

تلك هي الخطوة الأولى في التدريب السمعي، ويمكن تحقيقها من وجهة نظر بعض الباحثين، عن طريق القرع على أدوات مختلفة تصدر أصواتًا عالية ؛ كالقرع على طبل كبير الحجم.

(٢) الاستجابة الحركية للمثير الصوتي:



تلك هي الخطوة الثانية في التدريب السمعي، ويمكن تحقيقها من خلال اقتران صوت الأدوات بحركات معينة يستجيب لها الطفل المعوق سمعيًا عند سماعه للصوت. مثال ذلك: يمكن للمعلم أن يضع قطعًا من الحلوى أمام الطفل وحين سماعه للصوت يتناول قطعة الحلوى، أو أن يضع المعلم أدوات أمام الطفل مماثلة للأدوات التي نقرعها لإحداث الصوت، على أن يطلب من الطفل قرع الأداة التي أمامه المماثلة للأداة التي أحدثت الصوت، أو أن يضع المعلم مجموعة ألعاب أمام الطفل ويربط كل لعبة من هذه الألعاب بصوت معين، بحيث يأخذ الطفل اللعبة عند سماع الصوت المقترن بها، أو أن يطلب المعلم من الطفل أن يرفع يده حين سماعه للصوت، أو أن يربط بين الصوت وصورة الأداة التي أحدثت الصوت، مثل صورة الطبلة بصوتها، أو صورة الديك بصوته، أو أن يطلب المعلم من الطفل التصفيق أو الوقوف أو الدوران حين سماعه للصوت.

(٣) تمييز عدد الطرقات الصادرة عن صوت الأداة:

تلك هي الخطوة الثالثة في التدريب السمعي، فبعد أن يتعرف الطفل المعوق سمعيًا على صوت الأدوات المختلفة يطلب منه المعلم أن يميز عدد هذه الطرقات. ويمكن استخدام

نفس أساليب الاستجابة التي اتبعت في الخطوة الثانية؛لا فعلى سبيل المثال؛ يمكن ان يأخذ الطفل ثلاث قطع من الحلوى عند سماعه لثلاث طرقات على الطبلة.. وهكذا. إلا أنه يتعين على المعلم أن يضع في اعتباره قدرة الطفل على العد، إضافة إلى فهمه لمفهوم العدد.

(٤) تمييز مصدر الصوت:

تلك هي الخطوة الرابعة في التدريب السمعي، فبعد أن يتعرف الطفل المعوق سمعيًا على أصوات أدوات مألوفة لديه في بيئته، يبدأ المعلم التقدم خطوة للأمام، وذلك بأن يصدر صوتين، ويطلب من الطفل ان يتعرف عليهما(أو يميز بينهما). فعلى سبيل المثال، يمكن أن يصدر المعلم صوت نفير و صوت طبلة... وما إلى ذلك. ويرى بعض الباحثين انه يمكن في هذه الخطوة أن يطلب المعلم من الطفل ان يميز صوت السيارة، القطار، الطائرة، المزمار، الحصان، الكلب، الجمل، الديك، صوت البحر.. وهكذا..

(٥) التعرف على مصدر (واتجاه) الصوت:

تلك هي الخطوة الخامسة في التدريب السمعي، ويمكن تحقيقها عن طريق قيام المعلم بإصدار صوت ما، ثم- بعد ذلك- يطلب من الطفل المعوق سمعيًا ان يتعرف على الجهة التي صدر منها الصوت. وفى هذه الخطوة يتعين على المعلم أن يركز على عملية التدريب على معرفة مصدر الصوت، وليس على الأذن التي يسمع بها الطفل الصوت.

(٦) تمييز شدة الصوت:

وهي الخطوة السادسة من خطوات التدريب السمعي، ويمكن تحقيقها عن طريق طلب المعلم من الطفل المعوق سمعيًا التعرف على الصوت المرتفع و الصوت المنخفض، وأن يميز بينهما. وفى هذه الخطوة يمكن الاستعانة بأشرطة الكاسيت.

(٧) التدريب على التركيز والانتباه السمعي :

وهي الخطوة السابعة من خطوات التدريب السمعي، ويمكن تحقيقها عن طريق طلب المعلم من الطفل المعوق سمعيًا الاستجابة بالحركة عند سماعه الصوت ؛ ذلك أنه في بعض

الأحيان تصبح حرة الطفل روتينية دون إدراك أو تركيز على ما يسمع، كما قد يقوم الطفل بالحركة كاستجابة تلقائية دون صدور الصوت، ولذلك يتعين على المعلم أن يتنبه إلى ذلك في اثناء التدريب السمعي، وأن يراعى التنوع في إصدار الأصوات من حيث الشدة و النوع وذلك حتى يتأكد القائم بعملية التدريب من استفادة الطفل من التدريبات السمعية.

(٨) التدريب على سماع أصوات حية مألوفة في البيئة:

وهي الخطوة الثامنة والأخيرة من خطوات التدريب السمعي، ويمكن تحقيقها عن طريق تدريب الطفل المعوق سمعيًا على الأصوات الحية المألوفة في بيئته، كأن يقوم الطفل بزيارة حديقة الحيوان، وتعريفه بأصوات الحيوانات الموجودة كأصوات الحصان والغزال، والطيور، وغيرها من الأصوات. وتبدو أهمية هذه الخطوة في أنها تتيح للطفل فرصة التدريب على الحروف المتحركة ونبرات الأصوات، وفى حالة عدم توفر حديقة للحيوانات، يمكن للمعلم القيام برحلة إلى المناطق الزراعية أو مناطق وجود بعض الحيوانات، وتعريف الطفل بأصواتها، فإذا لم يتيسر ذلك، فإنه يمكن تدريبه على سماع هذه الأصوات عن طريق اشرطة الكاسيت، ويمكن تعميم هذه الخطوة على باقي الأصوات الحية المألوفة الموجودة في نطاق بيئة الطفل.

ثانيًا: التدريبات السمعية :

إن التدريب السمعي له أهمية كبيرة لأنه مهما كانت الطريقة المستخدمة لتعليم الصوت الجديد في البداية، فإن الطفل المعوق سمعيًا عاجلاً ام آجلاً يجب أن يصل إلى المرحلة التي يستطيع فيها ان يعتمد على اذنيه، لكي تخبره بأن الميزات الصوتية كافية أم لا.

اما تنمية وعى المعوق سمعيا بالأصوات Development of awareness of sounds فان المهمة الأولى في التدريب السمعي أن يكون القائم بعملية التدريب متيقنًا ان الطفل يعرف أن هناك تنوع وتباين في الأصوات، وأن من بين هذه الأصوات الكلام، وذلك في نطاق بيئة هذا الطفل. ذلك أن الأطفال الذين لا يستخدمون المعينات السمعية منذ طفولتهم الباكرة ربما يواجهون صعوبات جمة في التوافق مع هذه المعينات.

ويؤكد " ساندرز" Sanders, 1982 على ان الأصوات لتي يسمعها هؤلاء الأطفال للمرة الأولى ربما تبدو في شكل مربك تماماً إلى الدرجة التي يحتاجون فيها إلى تعلم كيفية التآلف معها" tune them out". ولذلك نجد أن معظم المؤيدين للتدريب السمعي يؤكدون على أهمية تقديم المعينات السمعية لهؤلاء الأطفال في سن مبكرة جداً كلما امكن ذلك.

واما تنمية وتطوير القدرة على التمييز الدقيق بين الأصوات البيئية فيذكر هلاهان وكوفمان (Hallahan& Kauffman, 1991) انه بمجرد ان يصبح الطفل على وعى بالأصوات، فان عملية تعليم الطفل التمييز- بكل ما تعنيه الكلمة من معنى- تبدا بتعليمه التمييز بين الأصوات الموجودة في بيئته. ويتطلب هذا التدريب- في بعض الأحيان- من الأطفال أن يجانسوا بين أصوات من البيئة سبق تسجيلها بصفة خاصة لهم وصور لتلك الأصوات حتى تسهل عملية ربطهما (أو الربط بينهما).

وهكذا يمكن القول أنه، على الرغم من أن التدريب على تمييز الكلام في المراحل العمرية الباكرة يجب أن يحدث في ظل شروط مثالية، وتحت شروط ضوضاء منخفضة، إلا انه يتعين على الطفل أن يتعلم بالتدريج أن يتعايش مع تمييز الكلام في ظل ظروف أكثر طبيعية، والتي ينبغي أن تكون عالية نسبياً في مستوى ضوضائها او ضجيجها.

أنواع التدريبات السمعية

هناك نوعان من التدريب السمعي، هما:

(١) التدريب السمعي العام:

توازى أهمية هذا التدريب أو تفوق أهمية التدريب السمعي الخاص، وتقع مسئوليته على كل المحيطين بالطفل، وهذا التدريب يتضمن جعل السمع جزءا هاماً من حياة الطفل اليومية، حيث يشجع الطفل على الانتباه للأصوات من حوله، بأن نجعل الجو المحيط بالطفل غنياً بالأصوات ذات المعنى.. بأن نلفت نظر الطفل لأصوات السيارات وجرس الباب..

ومعظم الأطفال الذين يملكون بقايا سمعية) ولو كانت محدودة) يمكنهم ان يسمعوا ويميزوا العديد من الأصوات المحيطة بهم والاستعانة بالمعينات السمعية، كما يمكنهم بالتدريب أن يميزوا العديد من أصوات الكلام بعضها عن بعض.

- ❖ ومما يساعد الطفل على استقبال أكثر المعلومات الموجهة إليه:
- ❖ أن يكون مصدر الصوت قريباً من السماعة مسافة (١٥- ٢٠سم).
- ❖ استعمال جمل بسيطة والمحافظة على التنغيم الطبيعي للكلام مع تجنب السرعة.
- ❖ توفير الهدوء والابتعاد عن مصادر الضجيج في أماكن التدريب.

وأخيراً ، فالتدريب السمعي هو تنظيم الجو المحيط بالإنسان لتسهيل الاستفادة من حاسة السمع وتطويرها، وحجر الأساس في التدريب السمعي هو استعمال المعينات السمعية اللازمة والمناسبة في وقت مبكر.. والتدريب السمعي لا يحسن مستوى السمع ولكنه يدرب الطفل على الاستماع للأصوات وتمييزها مما يجعل لفظه أكثر وضوحاً .

(٢)تدريبات سمعية خاصة

يجرى في أوقات معينة وتنظم حسب سمع الطفل وتقدمه، وهى تعلم الطفل الانتباه لوجود الصوت ثم الاستجابة له، وتميز الأصوات المختلفة بعضها عن بعض ثم ربطها بمعانيها، هى تتم عن طريق التمارين التالية:



- ❖ تمارين تشجع على الانتباه لوجود الصوت والاستجابة له، وتجرى هذه التمارين باستعمال أصوات مختلفة كالكلام والموسيقى.. ويطلب من الطفل القيام بحركات معينة عند سماعه الصوت، كوضع شئ في صندوق أو رفع يده.. وتختل نوعية الاستجابة حسب إمكاناته السمعية ودرجة تطورها، وتفيد التمارين في تحديد الأصوات التي يمكن للطفل سمعها مما يسهل التعامل معه.
- ❖ تمارين التعرف على الأصوات، ويشبه تمارين التميز بين الأصوات، كالتمييز بين أصوات موسيقية محدودة، وأصوات حيوانات أو جمل.

- تمارين التميز بين الأصوات، يقدم للطفل صوتان أو أكثر ثم يطلب منه تمييزها من حيث طول الصوت أو نوعه (الحدة والخشونة، الشدة والرخاوة) والاستجابة المطلوبة هي الإشارة إلى صورة تمثل الصوت المسموع، أو القيام بحركات معينة عند سماع الصوت.
- تمارين الفهم، وبها نطلب من الطفل تفسير الأصوات التي يسمعها، كأن يستجيب للأوامر والتعليمات المطلوبة منه.

وهكذا نجد أن التدريبات السمعية تتدرج من الأسهل إلى الأصعب حتى تصل إلى تميز الكلام العادي، ولا ننسى أهمية جعل التدريبات السمعية متنوعة ومسلية، وذات معنى بالنسبة إلى الطفل حتى تؤدى الفائدة المرجوة منها..كما يجب إتباع التدريبات لدى المصابين بنقص سمعي شديد وعميق، أما المصابون بنقص سمعي ضعيف أو متوسط فإن التمييز السمعي لديهم يتطور بشكل طبيعي ضمن الظروف الطبيعية، ويكون التدريب العام هو أساس.

معوقات تطبيق التدريب السمعي:

على الرغم من ان أهمية تطبيق التدريب السمعي كأحد الخدمات المساندة بالنسبة للصم وضعاف السمع إلا أن هناك العديد من العقبات التي تحول دون تفعيلها بشكل فعال من أهمها ما يلي:

(١) عدم توفر برامج الكشف المبكر والتعرف المبكر للفقدان السمعي في كثير من المستشفيات.

(٢) عدم وجود خدمات وبرامج التدخل المبكر المؤهلة والكافية في تقديم خدمات تنمية مهارات السمع والكلام في أبكر وقت ممكن من حياة الطفل الأصم وضعيف السمع.

(٣) عدم حصول الكثير من معلمي الصم وضعاف السمع على التدريب الملائم حول تقديم خدمات السمع والكلام خلال الإعداد الجامعي.

(٤) ضعف وندرة الدورات التدريبية التي يخضع لها معلمي الصم وضعاف السمع أثناء الخدمة للتدريب على تقديم خدمات تنمية مهارات السمع والكلام.

(٥) عدم وجود البيئة مدرسية الملائمة التي تساعد على تطوير وتنميه مهارات السمع والكلام.

(٦) ضعف الشراكة والتعاون في العمل بين أعضاء الفريق متعدد التخصصات حول تقديم خدمات تنمية وتطوير مهارات السمع والكلام في معاهد الصم وبرامج الدمج للصم وضعاف السمع.

(٧) قلة عدد أخصائي تدريبات النطق والكلام إذا ما قارناه بعدد الطلاب المحتاجين لهذه الخدمة.

(٨) عدم وجود اخصائيين مؤهلين في مجال اللغة والكلام للعمل في معاهد الصم وبرامج الدمج للصم وضعاف السمع.

(٩) عدم إلمام بعض المعلمين بدورهم في تقديم خدمات السمع والكلام في مجال تربية وتعليم الصم وضعاف السمع.

(١٠) عدم وضوح الدور الذي يقوم به معلمي الصم وضعاف السمع فيما يتعلق بتنمية وتطوير مهارات السمع والكلام داخل الفصل الدراسي وفي المنهج الدراسي.

(١١) عدم إلمام بعض معلمي الصم وضعاف السمع باستخدام أو التعامل مع تقنيات التأهيل السمعي من معينات سمعية، وقوقعة إلكترونية، وأجهزة نظام FM.

(١٢) عدم توفر معلومات كاملة داخل ملف التلميذ الأصم أو ضعيف السمع عن (الوضع الصحي العام، والنفسي، والاجتماعي، والاختبارات السمعية المحدثة، وتقييم مهارات السمع والكلام، والتاريخ التربوي..

(١٣) ضعف مشاركة الأسرة في تطوير وتنمية مهارات السمع والكلام لطفلهم الأصم او ضعيف السمع.

زراعة القوقعة:

إن زراعة القوقعة هي أحد جوانب التأهيل السمعي ، وهي من التطورات التقنية الحديثة لمساعدة الأشخاص المصابين بضعف سمع حسي عصبي شديد جداً . والطفل الذي يعاني من ضعف السمع، إذا كان سبب ضعف السمع هو وجود مشكلة بالأذن الخارجية أو الوسطى وهو ما يسمى

بالصمم التوصيلي فإن علاجه يكون إما بالدواء أو الجراحة، أما إذا كان السبب نتيجة مشكلة بالأذن الداخلية (القوقعة) وهو ما يسمى بالصمم الحسي العصبي وهنا فإن الحل الأول لمثل هذه الحالات هو استخدام معينات السمع أو ما يسمى بالسماعة. كذلك بالنسبة للمرضى البالغين المصابين بالصمم الحسي العصبي فإن المعينات السمعية هي الحل المتاح لهم للتغلب على هذه المشكلة. وفي حالة عدم جدوى المعينات السمعية في تحسين السمع بالنسبة لهؤلاء المرضى سواء كانوا أطفالاً أو بالغين فإن الحل التالي لهم هو دراسة إمكانية عمل زراعة القوقعة الإلكترونية.

إن القوقعة الإلكترونية هي جهاز إلكتروني مصمم لالتقاط الأصوات وفهم الكلام المحيط بالأشخاص الذين يعانون من فقد السمع الحسي العصبي، وضعف السمع لدى هؤلاء الأشخاص عادة ما يكون شديدا إلى متناه أو عميق الدرجة في كلتا الأذنين وهؤلاء الأشخاص لا يمكنهم الاستفادة من استخدام المعينات السمعية التقليدية حيث ان هذه المعينات السمعية غالبًا ما تكون ذات قدرة محدودة على تحسين التقاط الكلام وفهمه بالنسبة لهم، وهذا الحال لا يرجع إلى عدم قدرة المعينات السمعية على تكبير الأصوات بالصورة المطلوبة ولكن السبب يرجع إلى تلف الخلايا الحسية المسئولة عن السمع أو عدم وجودها بقوقعة الأذن، ولذلك فإن الأصوات التي يتم تكبيرها عن طريق المعينات السمعية التقليدية لاتصل إلى مراكز الإحساس بالسمع في المخ وبالتالي فإن هؤلاء الأشخاص لا يستفيدون من هذه الأجهزة التقليدية في تحسين السمع ومن هنا يأتي دور جهاز القوقعة الإلكترونية حيث يعمل على تخطي الخلايا السمعية التالفة أو المفقودة بقوقعة الأذن ومن ثم إثارة العصب السمعي مباشرة.

خطوات زراعة القوقعة:

إن خطوات العلاج الأولى بعد اكتشاف الإصابة بالصمم الشديد هي المبادرة باستشارة طبيب الأنف والأذن والحنجرة أو أخصائي السمعيات الذي يقوم بتحويل المريض إلى مركز متخصص في زراعة القوقعة الإلكترونية حيث يمكن تقييم مدى نجاح هذه العملية وذلك عن طريق إجراء مجموعة من الفحوصات الطبية والسمعية والنفسية وكذلك الأشعة اللازمة لقياس مدى الفائدة المحتملة من عملية زراعة القوقعة.

ولا بد من إجراء اختبارات دقيقة للشخص المراد زرع القوقعة له لدراسة مدى الاستفادة من عملية الزرع تتضمن هذه الدراسة المعرفة الدقيقة للنقاط التالية:

تاريخ حدوث نقص السمع، تطوره، درجة تطور النطق، درجة الاستفادة من المعينات السمعية، التأهيل، التطور الروحي الحركي، الوضع النفسي، الأمراض العامة، القدرة البصرية (قراءة الشفاه)، تاريخ المرضى للعائلية

دراسة السمع وتشمل: تخطيط السمع بالنغمات الصافية، اختبار تمييز الكلام مع، وبدون معينات سمعية، اختبارات السمعية عن طريق قياس استجابة المراكز السمعية.

معرفة درجة سلامة الياف العصب السمعي .

دراسة لمستوى النطق من قبل اختصاصي في هذا المجال، وذلك لمعرفة درجة تطور النطق، وقراءة الشفاه، ولغة الإشارة.

إجراء فترة اختبار بوضع المعينات السمعية وإخضاع المريض لتأهيل مناسب لمدة ستة أشهر على الأقل، ثم تقييم درجة استفادته من هذا الإجراء.

وتعتمد درجة نجاح زراعة القوقعة على عدة عوامل تؤثر على النتيجة ككل وتتضمن هذه العوامل:

طول المدة التي تعرض فيها الشخص لفقد السمع.

نسبة السمع السابقة لفترة فقد السمع.

عمر المريض عندما فقد السمع وكذلك حالة عصب السمع لدى المريض.

مدى التزام الشخص المستخدم لهذه القوقعة بالتدريب والتأهيل اللازم له بعد زراعة القوقعة.

مكونات جهاز زراعة القوقعة:

يتكون جهاز زراعة القوقعة من جزء خارجي يوضع على الأذن وجزء آخر داخلي يوضع بواسطة عملية جراحية. وتتكون أجزاء زراعة القوقعة من:-

الميكروفون ويوضع خلف الأذن بحيث يعمل على إستقبال الأصوات المحيطة.

جهاز خارجي معالج *Speech Processor* يقوم باختيار وتنظيم الأصوات التي يتم إستقبالها من قبل الميكروفون.

جهاز خلية الكمبيوتر *Computer Chip* يقوم بنقل وإستقبال وتنشيط الإشارات من الجهاز المعالج ويحولها إلى إلى إشارات أو نبضات كهربائية.

سلك دقيق مكون من ٢٤ قناة *Electrodes* يعمل على تجميع النبضات الكهربائية وتنشيطها ومن ثم إرسالها إلى مناطق مختلفة في العصب السمعي.

ملاحظة: تعتبر خلية الكمبيوتر والسلك الدقيق من الأجزاء الداخلية التي يقوم الجراح بزراعتها أثناء العملية الجراحية.

ويوضع ميكروفون خلف الأذن لالتقاط الأصوات وتحويل الإشارات الصوتية الى إشارات كهربائية وإرسالها إلى الجهاز الجيبي وهو يقوم بتحليل الأصوات وتكبيرها وتحويلها إلى إشارة كهربائية مشفرة تنتقل إلى الجهاز الإلكتروني المثبت مغناطيسيا على سطح عظم الخشاء مع القطعة الداخلية- وهى الجزء الرئيس- التي توضع جراحيا في حفرة في عظم الخشاء، وهذه القطعة لها نهاية تحمل أسلاك دقيقة جدا تدخل إلى القوقعة عبر النافذة المدورة.

إن جهاز القوقعة الإلكترونية يتيح للمرضى المصابين بالصمم حياة أفضل حيث أن الأشخاص البالغين يريدون الاستقلالية والاندماج في الحياة الاجتماعية بدلاً من العزلة وكذلك الآباء الذين لديهم أبناء مصابون بالصمم يريدون إتاحة الفرصة لأبنائهم للتعلم والتحدث والتواصل مع الآخرين.كما أن التطور الذي حدث على مدى العقد الأخير في زراعة القوقعة الإلكترونية هو حقيقة واقعة



حيث استفاد مستخدمو هذه الأجهزة من سماع الأصوات المحيطة بهم كذلك استمتعوا بقدرتهم على فهم الكلام بدون الحاجة إلى قراءة الشفاه وخاصة في الأجواء الهادئة.

كذلك فإن هذا التطور الحديث في تقنية زراعة قوقعة الأذن سمح لمستخدميها التفاعل مع أحداث الحياة اليومية مثل السمع في وجود ضوضاء في الجو المحيط بالشخص أو سماع الكلام الخافت أو الإحساس بالموسيقى وكذلك استخدام التليفون في التواصل مع الآخرين.

آلية عمل زراعة القوقعة:

تختلف زراعة القوقعة عن سماعة الأذن والتي تقوم بتكبير الأصوات لكي تمكن ضعاف السمع من سماعها. إن زراعة القوقعة تقوم بتجاوز الجزء التالف أو المعطل عن العمل في الأذن وتقوم بتنشيط العصب السمعي لكي تمكن الأصم من الإحساس بالصوت. وإن الإشارات الكهربائية التي تولد بواسطة زراعة القوقعة ترسل إلى العصب السمعى ومنه تنقل إلى المناطق السمعية في المخ والذي بدوره يحدد هذه الإشارات السمعية.

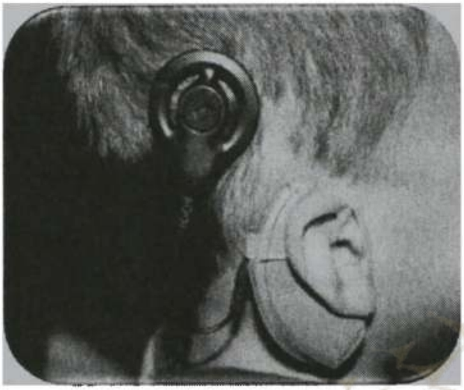
ونلاحظ بأن السمع بواسطة جهاز زراعة القوقعة يختلف بشكل كبير عن السمع الطبيعي ويتطلب الوقت الكثير للتعود والتدريب والتكيف على الأصوات وكذلك تساعد زراعة القوقعة مستخدميها على فهم وتمييز هذه الأصوات سواء كانت من البيئة المحيطة أو عن طريق الحديث مع الآخرين أو بإستخدام الهاتف.

مواصفات الشخص المؤهل لزراعة القوقعة:

يعتبر الاطفال والكبار من الصم وشديدي ضعاف السمع هم الاشخاص المرشحين لهذا النوع من العمليات الجراحيه. وحسب إحصائيات إدارة الأدويه والغذاء في الولايات المتحده لسنة ٢٠٠٥ م فقد تم إجراء عملية زراعة القوقعه لأكثر من ١٠٠,٠٠٠ شخص في العالم.

ويستطيع البالغين بالعمر والذين فقدو جميع أو معظم سمعهم في مراحل متقدمه من العمر الاستفاده من هذا الجهاز. وغالبا تساعد زراعة القوقعه هؤلاء الأشخاص على سماع وفهم الأصوات ويكونون أوفر حظا من غيرهم لحصولهم على مخزون من اللغه والكلام قبل فقدانهم للسمع.

خطوات زراعة القوقعة :



تعتبر زراعة القوقعة من أحدث العمليات والتي تجري للصم سواء الصغار "إبتداء من عمر ١٢ شهر" والكبار لكي يتمكنوا من سماع الأصوات. ويقوم الجراح بزراعة خلية كمبيوتر تتصل بسلك دقيق يحتوي على أقطاب كهربائية مكون من ٢٤ قناة ويتم إدخال هذا السلك إلى القوقعة "الحلزون" في الأذن الداخلية. وتساعد زراعة القوقعة الشخص الأصم على التغلب على فشل الحلزون وعدم قدرته على القيام بتحويل الإهتزازات الصوتية إلى إشارات كهربائية وإرسالها إلى العصب السمعي. ويعمل أشخاص مؤهلين بوضع برنامج تثقيفي لأهالي الأصم والقيام بتوضيح مجريات العملية والنتائج المترتبة على ما بعد العملية.

وبعد العملية بأسبوعين أو ثلاثة يقوم إختصاصي السمعيات بتجهيز الجهاز الخارجي المعالج *Speech Processor* وبرمجته *Mapping* من خلال توصيله على جهاز كمبيوتر ومن ثم تركيبه وتشغيله ويبدأ مستخدم الجهاز بسماع الأصوات لأول مرة.

وتعتبر متطلبات ما بعد العملية هي الأهم وترتبط ببرامج تأهيلية كثيرة وتتطلب الكثير من الجهد والوقت من قبل مستخدم جهاز زراعة القوقعة وكذلك فريق التأهيل والمكون من أسرة الأصم، وإختصاصي النطق والتواصل، وإختصاصي السمعيات، والمدرسة، والإختصاصي النفسي، والمستشفى.

وتكون بداية التأهيل بعمل مباشر بين الأصم وأخصائي النطق وذلك لتمكين الأصم على التعود على الأصوات المحيطة به والتعامل معها.

ويتطلب من أهالي الأصم البحث عن المراكز المختصة في عملية التأهيل "مراكز تعليم النطق" وكذلك التأكد من توفر خدمات البرمجة والصيانة للجهاز قبل إتخاذ قرار إجراء العملية للشخص الأصم.

مستقبل زراعة القوقعة:



مع تقدم التقنيات والإستمرار في متابعة الدراسات عن الأشخاص مستخدمي زراعة القوقعة يقوم المؤلفانون بعمل تقييم عن زراعة القوقعة ليساعد الآخرين من الإستفادة الكاملة من هذا الجهاز. وتقوم حاليًا دراسات على تحسين أداء هذا الجهاز بحيث ينقل أصوات المحادثة بدرجة عالية من الوضوح.

كذلك تم العمل على إعطاء المجال لمستخدمي زراعة القوقعة لإستخدام سماعة الأذن على الأذن الأقل تلف أو إجراء عملية زراعة قوقعة ثانية للأذن الأخرى لتتم الإستفادة الكاملة من هذا الجهاز.

النتائج المتوقعة بعد زراعة القوقعة:

بعد إجراء العملية الجراحية يصبح المريض قادرا على سماع الأصوات وإنما بشكل مشوه وغير واضح. ووظيفة التأهيل مساعدة المريض على فهم هذه الأصوات مع دلالاتها المناسبة. وتسهل هذه العملية بوجود مخزون سابق من الكلمات. لذا يعطي التأهيل نتائج ممتازة في إصابات نقص السمع المكتسبة المتأخرة بسبب إمكانية المقارنة بين الأصوات الجديدة والمخزون القديم.

ولقد ثبت بالفعل أن الحصول على نتائج جيدة سواء في مجال السمع أو النطق يعتمد بعد العمل الجراحي، على التأهيل، والذي يجب أن يستمر لفترة تطول أو تقصر وذلك حسب عمر المريض، سن حدوث الإصابة، درجة تطور النطق، وقد تصل فترة التأهيل إلى سنوات عديدة.

بعد زرع القوقعة، ومع التأهيل يأخذ الطفل التطور الطبي للنطق كما عند الأطفال الطبيعيين، فهؤلاء الأطفال يمضون الفترة الأولى من حياتهم في اختزان الكلمات المسموعة لتتحول فيما بعد إلى كلام بشكل تدريجي، كذلك يحدث بعد زراعة القوقعة .

وباختصار فالتدريب الجيد بعد الزراعة المتقنة يوصلنا إلى نطق مقبول مما يسمح بمتابعة حياة اجتماعية نافعة. وتبقى النتائج مرهونة بعوامل كثيرة.

مشكلات زراعة القوقعة:

ارتفاع تكلفة الجهاز وعملية الزراعة والتأهيل.

ارتفاع أسعار قطع الغيار التي يتم استهلاكها باستمرار مع استعمال الجهاز.

عدم توفر مراكز التأهيل بشكل كافٍ في كل بلد مما يؤدى إلى حدوث تغيرات كبيرة على المستوى العائلي والمادي والمهني، فقد يستلزم على رب الأسرة تغير محل الإقامة إلى مكان قريب من مراكز التأهيل.

استراتجيات لأخصائي التخاطب الأطفال الصم الذين زرعت لهم القوقعة:

(١) يتعين على أخصائي التخاطب أن يعمل مع الطفل في بيئة هادئة وخالية من المشتتات مدة ٢٥ . ٣٥ دقيقة يوميًا.

(٢) إعداد خطط متسلسلة لتدريبات السمع والنطق.

(٣) يكون هناك تقييم دوري للتعرف على مدى تحقق أهداف تدريبات السمع والنطق.

(٤) أن تستخدم إجراءات تدريبات السمع والنطق من خلال البيئة المحيطة بالطفل.

(٥) أن يكون التركيز أثناء العلاج الفردي للطفل على تعلم الأكاديمي وغير الأكاديمي.(التركي،٢٠٠٥)

دور المعلم في التأهيل السمعي:

يحتاج الطلاب ذوي الإعاقة السمعية إلى قدر كبير من التلميحات المرئية بقدر الإمكان. ويزيد الفهم بدرجة واضحة عندما يقوم الطالب بمشاهدة وجه المعلم من اجل قراءة الكلام أو قراءة الشفاه بدقة أكثر . وفيما يلي بعض المقترحات التي التحسين حالات قراءة الشفاه والتي اوردها كل من لويس ودورلاج Lewis & Doorlag (2006) على النحو التالي:

- ❖ تحدث بطريقة طبيعية وبدون مبالغة أو زيادة في درجة الصوت. وتحدث في عبارات ووقفات طبيعية. وقم بإعادة الصياغة بدلا من التكرار إذا كان هناك سوء فهم.
- ❖ ينبغي على المعلم أن يواجه الطالب مباشرة في مستوى نظره. ويعتبر القرب أمرًا مهمًا جدًا فمن الصعب جدا قراءة الشفاه على بعد أكثر عشرة أقدام.

- وعندما يتم إظلام الغرفة للأفلام أو الشرائح، لن يستطيع الطالب قراءة كلام المعلم. لذلك يمكن أن تطلب من طالب آخر تدوين المذكرات.
- كن واعيًا بكون بعض الناس أفضل بطريقة طبيعية من الآخرين في قراءة الشفاه لذلك يعتبر ثلث أصوات اللغة الانجليزية مرئية حتى لأفضل قارئ للكلام. وتصبح قراءة الشفاه أكثر صعوبة عندما يكون للمتحدث لهجة أجنبية أو شارب يغطي الفم.
- غالبا ما يعاني الطلاب ذوي الإعاقة السمعية من بعض القصور اللغوي نتيجة لمدخل سمعي غير متناسق. وتساعد مرحلة ما قبل التدريس الطالب في تنمية الاعتياد على المفردات والمفاهيم الجديدة قبل عرضها في الحصة. ولذلك ينبغي عليك إلزام الطالب بقراءة الموضوع مسبقا ليمنحه ذلك مزيد من الوقت لفهم المادة الجديدة، ويمكن انجاز ذلك كواجب منزلي أو مع معلم غرفة المصادر.
- يمكنك في أغلب الأحيان كتابة أرقام الصفحات، والواجبات المنزلية، العناوين العامة، المفردات اللغوية الرئيسة الخ على السبورة.
- قم بطريقة روتينية بالتحقق من الفهم من الأسئلة التي تتطلب مزيد من الإجابات بنعم أو لا، لذلك عندما تسأل الطالب ببساطة " هل تفهم "، قد يفضل الطالب ذو الإعاقة السمعية الإيماء برأسه بدلا من التطوع قائلاً انه لا يفهم تماما.
- ومن المفيد للطلاب الأكبر عمراً وجود طالب آخر يتصرف كمدون للملاحظات. لذلك فإذا تم وضع المذكرات على ورقة بلا كربون. يمكن حينئذ عرض نسخة للكراسة المتاحة لأي طالب بالصف قد تفوته معلومات أثناء محاضرات الحصة. وحينئذ سيكون للطالب ذو الإعاقة السمعية نسخة بدون أن يطلب مساعدة خاصة.

ويمكن أن تقوم المقترحات التالية بمساعدة المعلم الذي يعمل مع الطلاب ذوي الإعاقات السمعية والذين تم دمجهم في برنامج التعليم العام:

- شجع الطلاب ذوي الإعاقات السمعية على استخدام المعينات السمعية طوال الوقت و/أو زراعة قوقعة الأذن.

- ينبغي أن يتحدث المعلمون والطلاب بطريقة طبيعية. وكذلك استخدام الإيماءات الطبيعية والاحتفاظ بالتواصل وجهًا لوجه عند التحدث مع الطالب ذو الإعاقة السمعية (Reynolds, & Birch, 1988).
- اكتشف أفضل وضع لجلوس الطالب لقراءة الشفاه أثناء العرض اللفظي للمعلم في الصف من خلال مناقشة ذلك مع الطالب (Rees, 1992).
- يسمح جهاز العرض العلوي للمعلم بكتابة المادة التي يمكن أن يراها كل الطلاب، بينما يستمر المعلم في مواجهة الصف (English, 1995). ولكن يجب أن تكون مروحة جهاز العرض هادئة. وتذكر أيضًا أنه عند استخدام جهاز العرض، عادة ما تكون الغرفة مظلمة بطريقة طبيعية، مما يعني عدم قدرة الطالب الذي يعتمد على قراءة الشفاه على رؤية وجه المعلم. واعمل مع الطالب على تحديد الإستراتيجية الأكثر فائدة لهم.
- قدم نسخ لملاحظات المعلم أو ملاحظات أثنين من الطلاب الآخرين عند عرض المادة في شكل محاضرة، إذ غير الممكن قراءة الشفاه وتدوين المذكرات في نفس الوقت. لذلك قم بكتابة الواجبات المنزلية، وتخطيط المحاضرة والعناوين العامة على السبورة (Reynolds & Birch, 1988)
- استخدم الأفلام التسجيلية عندما يكون الأمر ممكنًا. وتعتبر كثير من الأفلام وأشرطة الفيديو المستخدمة في الصف متاحة في نسخة مشروحة (ويمكنك الرجوع إلى شكل (١٥- ٥) لمزيد من المعلومات عن مصادر الأفلام والفيديو التسجيلية).
- استخدم استراتيجيات التدريس المرئية الأخرى مثل: استخدام لوحة الإعلانات والمواد التي تتضمن الصور، والتوضيحات، ومنتجات الطلاب، والشرائح وجرافيك الكمبيوتر (Carter, Luckner, Bowen, 2001).
- ينبغي فحص المعينات السمعية يوميًا. ويمكنك استشارة معالج اللغة والكلام أو أخصائي السمع التعليمي لتحديد من سيقوم بهذه المسئولية. ويصف جدول " أضواء على التكنولوجيا" استخدام المعينات السمعية وسائل لتكبير الصوت في الصف مع الطلاب ذوي الإعاقات السمعية.
- اسأل الطلاب ذوي الإعاقة السمعية هل فهموا المعلومات التي تم عرضها في الحصة أم لا.. ولا تفترض أن يفهم الطلاب المادة بأنفسهم.

- قم بتفسير المفاهيم التي تم تدريسها بوضوح، ثم استخدم الأمثلة المرئية كلما أمكن ذلك.
- لا تتحدث عند توزيع النشرات، حيث لا يستطيع الطالب ذو إعاقة السمعية بالبحث في الأوراق ومشاهدة المعلم في نفس الوقت (Rees, 1992).
- إن قراءة الشفاه والانتباه للمثيرات السمعية مع معاناة الطالب من قصور سمعي من المهام المرهقة، لذلك ينبغي عليك مراقبة الطالب عندما يشعر بالإرهاق.
- ابدأ المحاضرة بتوضيح العناوين الرئيسة للمادة التي يتم عرضها، وقم بإنهاء المحاضرة بملخص للنقاط الرئيسة (Rees, 1992).
- تحدث بجمل تامة، وتجنب استخدام الكلمات المفردة، وينبغي عليك تكرار الجملة كلها إذا لم يفهمها الطلاب، حيث من السهل فهم المحتوى والمعنى في إطار السياق العام للجملة (Reynolds & Bisch, 1988).
- قدم الواجبات المنزلية بطريقة لفظية وكتابية لتجنب الارتباك (Rees, 1992).
- ينبغي عليك أثناء المناقشات الصفية السماح لطالب واحد فقط بالتحدث كل مرة، وقم بالإشارة إلى من يتحدث، حتى يركز الطالب ذو الإعاقة السمعية على المكان الذي ينظر إليه (Rees, 1992).
- ترتبط المشكلات الأكاديمية لدى كثير من الطلاب بقصورهم اللغوي لا بقصور الذكاء. لذلك ينبغي عليك مراقبة تحصيلهم (Blankenship & Lilly 1981).
- قد يرغب زملاء الطالب ذو الإعاقة السمعية في تعلم لغة الإشارة. لذلك ينبغي عليك ترتيب الأمر إذا كان متاحًا (Blankenship & Lilly 1981).
- شجع الطلاب ذوي الإعاقة السمعية على الاستقلالية، ساعدهم على تنمية مهارات توكيد الذات.
- قم بالعمل مع الأخصائيين عن قرب لضمان إمداد الطلاب ذوي الإعاقة السمعية بالتجارب الملائمة في صفوف التعليم العام.

خدمات التوجه والحركة لذوي الإعاقة البصرية

- مفهوم التوجه والحركة.
- فريق التدريب على التوجه والحركة.
- أهمية تدريب الكفيف على مهارات التوجه والحركة.
- العوامل المؤثرة على استقلالية الطفل الكفيف أثناء تنقله.
- أهداف تدريب الطفل الكفيف على التوجه والحركة.
- العوامل المؤثرة في تعلم الكفيف لطرق وأساليب التوجه والحركة.
- أساليب التوجه والحركة
- اعتبارات يجب أن يراعيها أخصائي التوجه والحركة.



الفصل الخامس عشر

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرا على فهم ومعرفة المرتكزات التالية:

(١) تذكر مفهوم التوجه والحركة.

(٢) تحديد أدوار فريق التدريب على التوجه والحركة.

(٣) التعرف على أهمية تدريب الكفيف على مهارات التوجه والحركة.

(٤) إدراك العوامل المؤثرة على استقلالية الطفل الكفيف أثناء تنقله.

(٥) فهم أهداف تدريب الطفل الكفيف على التوجه والحركة.

(٦) تفسير العوامل المؤثرة في تعلم الكفيف لطرق وأساليب التوجه والحركة.

(٧) تقييم أساليب التوجه والحركة

(٨) شرح أهمية استخدام الأشخاص المكفوفين للعصا.

(٩) فهم اعتبارات يجب أن يراعيها أخصائي التوجه والحركة.

الفصل الخامس عشر
خدمة التوجه والحركة
Orientation & Mobility Services

مُقَدِّمَة

يلعب البصر دورًا كبيرًا في تحديد مواقع الأشياء والاتجاهات وتقدير المسافات والأحجام، وكذلك في إدراك العوائق وتحديد الارتفاعات والانخفاضات ومن ثم المساعدة على التحرك باتزان وتجنب العوائق والعقبات التي قد تكون مصدر خطر للشخص أثناء حركة انتقاله، إذ إن الفرد المبصر يمكنه من خلال خبراته البصرية المباشرة وغير المباشرة التعرف على مكونات البيئة، وأن يحدد فيها موقع الأشياء واتجاهاتها وعلاقتها ببعضها البعض؛ وبالتالي يضمن لنفسه التحرك بأمان في بيئته سواء المنزلية أو المدرسية أو المحلية، أما بالنسبة للفرد الكفيف فإنه يواجه صعوبة في التحرك والتنقل.

ويعتبر موضوع التوجه والحركة من القضايا ذات الأهمية في مجال الإعاقة البصرية، ويتمثل في تطوير أو إعادة تشكيل المهارات الأساسية الاستقلالية في مجال الحركة إذ إنه مركز العمليات الأساسية لتطور المهارات النفسحركية، كما أن الحركة المستقلة تيسر على الكفيف المشاركة في كافة مناشط الحياة، وهي ضرورية للقيام بالكثير من الأعمال والحصول على الفرص الاجتماعية والترفيهية الممكنة، حيث إن عدم القدرة على التوجه والحركة في البيئة يحد من فرص الحصول على الخدمات المختلفة، علاوة على الآثار والمشكلات الصحية المترتبة على ذلك من تدهور كفاءة أجهزة الجسم وخاصة ما يتعلق بالدورة الدموية والجهاز التنفسي.

إن التطور في نمو الحركة يستلزم التناسق والتناغم بين عدد من المهارات والقدرات حتى تبدو في النهاية الحركة متزنة، فهناك القدرة على تذكر مواقع الأشياء والاتجاهات، وكذلك الدافعية التي تشمل الثقة بالنفس، وأيضا المهارات اللغوية لمعرفة معاني الأشياء والاتجاهات، بالإضافة إلى المهارات اللمسية والبصرية والسمعية التي تساعد الفرد على ضبط الاتجاهات وإدراك الفراغ من حوله. إن الطفل المبصر يتعلم تلك المهارات المطلوبة للتنقل

بأمان في بيئته المحيطة به بطريقة عادية ومن خلال وسائل عامة، أما بالنسبة للطفل الكفيف فإن الأمر مختلف فالتغير ليس قاصراً على التحرك فحسب بل يضعف توازنه الجسمي، فتميل مشيته إلى ان تصبح غير ثابتة، ويميل الجسم عن الاستقامة والمرونة، ويغلب على الحركة صفة البعد عن المهارة والإتقان، كما أن المكان بالنسبة له خال من الحدود المحددة حتى يظهر له مثير يدله على حدود المكان كصوت أو رائحة أو مصدر للحرارة أو تيار هوائي، وفي حالة انعدام هذه المثيرات فإن المكان يظل بالنسبة له ذاتي المركز؛ أي أن حدود هذا المكان محددة بنهاية حدود جسمه وليس أكثر من ذلك.



إن الحركة ليست مجرد الانتقال من مكان لآخر فحسب؛ بل تتضمن تفكيراً ومحاولة لربط مجموعة من العلاقات بين الأشياء والأماكن التي يتحرك فيها الفرد، لذا فإن الحركة تعد من العوامل المهمة والمؤثرة في شخصية الطفل الكفيف، إذ إنه يعجز عن الحركة بنفس السهولة والمهارة التي يتحرك بها زميله المبصر عندما يريد توسيع دائرة محيطه الذي يعيش فيه، ويعتمد التوجه والحركة لدى الطفل الكفيف على شدة إعاقته وطبيعتها وتعقيدها ومدى إمكانية الاستفادة من المصححات والمعينات البصرية وكذلك نوع التدخل العلاجي وتوفره للاستفادة من البقايا البصرية لدى الفرد.

إن سهولة الحركة أو صعوبتها تؤثر بشكل كبير على مدى شعور هذا الطفل بالأمان وعدم الخوف؛ لذا فإن حركته تتسم بالكثير من الحذر واليقظة حتى لا يصطدم بعقبات نتيجة تعثره بشيء اعترض طريقه، وهذا يستلزم

حاجته إلى الرعاية والمساعدة خارج نطاق بيئته المألوفة لديه منعًا للتعرض لمشكلات السير أو الحوادث التي قد يفقد حياته بسببها وهذا يجعله أكثر تقبلاً للمساعدة من الآخرين حتى لو كان قادرًا على الاستغناء عنها. من جانب آخر فإن صعوبة الحركة أو سهولتها تؤثر كذلك على هذا الطفل عندما يكبر من حيث عمليات التأهيل المهني أو إمكانية الالتحاق بسوق العمل أو الحصول على فرصة عمل مناسبة لاعتماده على الآخرين ومدى توفر تلك المساعدة.

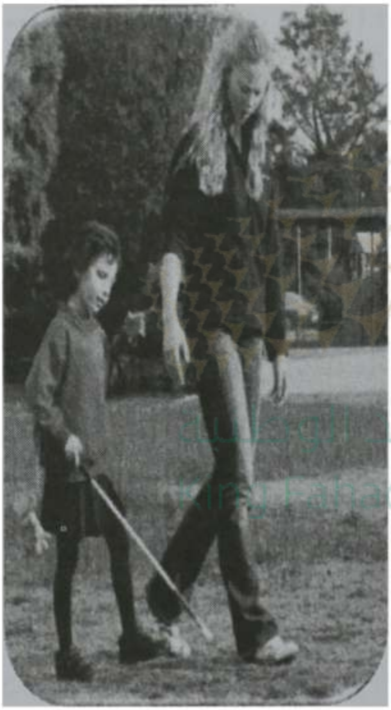
تعد مهارات التوجه والحركة بالإضافة إلى مهارات التواصل ومهارات الحياة اليومية، من المهارات الأساسية التي يجب أن يتعلمها جميع الأطفال المكفوفين لأن من شأنها ان تزيد من قدرتهم على فهم البيئة المحيطة والتحرك داخلها بأمان واستقلالية.

إن الهدف من تدريب المكفوفين على التوجه والحركة أن يتعلموا التحرك بشكل مستقل وهادف بقدر استطاعتهم. فبالنسبة لبعض الأطفال المكفوفين من المعقول أن نتوقع بأنهم سينتقلون بشكل مستقل في كل البيئات الموجودة داخل المباني وخارجها. هذا الاستقلال قد يعني استخدام العصا البيضاء الطويلة لعبور الشوارع بنجاح وتعلم استخدام وسائل النقل المتاحة في المدينة. وبالنسبة للبعض الآخر فإن التوجه والحركة سيزودهم بالمهارات الضرورية للتنقل باستقلالية داخل قاعات المدرسة أو داخل المنزل. إن زيادة الاستقلال لدى لأطفال ذوي القدرات الحركية المحدودة كالمكفوفين، سوف يعني أنهم طوروا الحواس المتبقية بشكل افضل يمكنهم من فهم وتفسير المعلومات في بيئتهم.

بينما بالنسبة للبعض الآخر منهم فإن الافتقار للمدخلات البصرية قد تحد من فرص التعرف على البيئة ومن ثم لا يؤثر فقط على حركتهم واستقلاليتهم وإنما يؤثر أيضًا على تطوير لغة للتحدث بها. لذا فإن التوجه والحركة يجب أن تضيف إليه في كثير من الأحيان التدريب العملي لتعويض الطفل في حالة عدم وجود خبرات لغوية سابقة. إن تعلم اللغة هو جزء لا يتجزأ من خبرات التدريب على التوجه والحركة.

إن مشكلة التوجه والحركة من مكان لآخر تعتبر من أهم الآثار الناتجة عن فقد البصر، ذلك لأن البصر هو الأداة الفعالة التي بواسطتها يستطيع الفرد أن يواجه ويرى كل ما هو

أمامه عند حركته وانتقاله، وتعد قضية التوجه والحركة إحدى القضايا بالغة الأهمية في مجال الإعاقة البصرية؛ لأن الحركة ضرورية لتأدية الكثير من الأعمال فالفرد يحتاج إلى الذهاب والإياب وعدم توفر هذه القدرة يحد من فرص تفاعله الاجتماعي ولما كان الأفراد المعاقون بصرياً يشكلون جزءاً من المجتمع فمن حقهم الاندماج فيه والمشاركة في نشاطاته، ولذا تقع على عاتق مدربيهم ومربيهم مسئولية مساعدتهم في اكتساب مهارات التوجه والحركة المستقلة.



إن هذه المهارات لا تتطور تلقائيًا لدى الكثير منهم، ولكن تطورها يتطلب تقويم خدمات منظمة ومتدرجة، ولا تهتم هذه الخدمات بتنمية المهارات البدنية فقط بل تهتم بالمفاهيم الصحيحة عن البيئة واستخدام الأجهزة المساعدة بطريقة مناسبة وتنمية المهارات المكتسبة.

إذن فالحركة تعتبر من المظاهر المهمة في حياة الفرد نظراً لما توفره له من الاستقلالية والثقة بالنفس، كما أن التدريب على الحركة بشكل أساسي هو تعلم استكشاف البيئة التي يواجهها الفرد عادة في الحياة اليومية، ويمكن العمل على تشجيع التدريب في إطار البيئة المنزلية قبل أن يبدأ أخصائي التوجه والحركة تدريبهم في الصفوف الدراسية لوقت طويل إذ تعتبر البيئة المنزلية مركز الاهتمام في مجال التدريب على الحركة في وقت مبكر من حياة الطفل الكفيف. إن الحديث عن التوجه والحركة للطفل الكفيف وطبيعتها وسيكولوجيتها وكيفية التدريب عليها يتطلب بداية التعرف على هذه المصطلحات وما تعنيه من معاني لدى الطفل الكفيف.

مفهوم التوجه والحركة:

يشمل مفهوم التوجه والحركة على مصطلحين مرتبطين ببعضهما ارتباطًا وثيقًا، أولهما: التوجه Orientation ويعني عملية استخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة ارتكازه، وعلاقته بجميع الأشياء المهمة ذات الصلة بحركته في مجال ما، وتمثل الجانب العقلي (كالانتباه والتذكر وإدراك العلاقات). وثانيهما الحركة Mobility وتعني استعداد الشخص ومقدرته على التنقل في هذا المجال، وتمثل الجهد البدني والعضلي المبذول. (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥). ويشير هويبنر ووينر (Huebner,&Wiener,(2005 إلى ان كل من التوجه والحركة هما مزيج يمكنان المكفوفين من السيطرة على المهارات الأساسية للحياة" (ص ٥٧٩).

إن مفهوم التوجه او التعرف Orientation: يعني "استخدام الحواس المختلفة بشكل مفيد وفعال لمعرفة الجسم وعلاقته بالأشياء الأخرى في البيئة، أو المقدرة على فهم البيئة المحيطة من خلال فهم ومعرفة الفراغ والعلاقات الفراغية بين مكونات البيئة من أشياء أو اشخاص، وكذلك تحديد موضع هذه الأشياء وعلاقتها ببعضها البعض".

كما يعرف هلّ (Hill, 1986) التوجه بأنه: "عملية استعمال الحواس بهدف تحديد وضع الشخص وعلاقته مع الأشياء الأخرى المختلفة وذلك في بيئة الفرد".

إن مهارات التوجه تسمح للكفيف بالتعرف على ثلاث تساؤلات رئيسة هي: أين نحن؟، وأين سنذهب؟، وكيف يمكنا الذهاب إلى ذلك المكان؟ وكل ذلك من خلال تفسير المعلومات المتوفرة في البيئة (Hill & Snook-Hill, 1996).

اما مفهوم الحركة او التنقل Mobility: فيشير إلى "مجموع المهارات الحركية التي يحتاجها الفرد للانتقال في البيئة المحيطة من مكان لآخر من أجل الوصول إلى المكان الذي يريد الوصول إليه، وتشمل مهارات الحبو ، والمشي، والركض اي التي تلزم الحركة بأمان في البيئة المحيطة".

ويعرف هلّ وسنوك هلّ (Hill & Snook-Hill, 1996) الحركة بأنها: "التنقل الآمن في البيئة الخاصة بالفرد". اما هلّ (Hill, 1986) فيعرف الحركة بأنها: "مقدرة واستعداد وسهولة الانتقال في بيئة الفرد الخاصة به".

في حين يعرف كابان (Kappan, 1974) التوجه بأنه: "هو استخدام الحواس بشكل مفيد وفعال في تحديد موضع الأشياء وعلاقتها ببعضها البعض". أما الحركة فهي: "المهارات الحركية اللازمة للتنقل بأمان في البيئة".

بينما عرف ليدون وماكجرو (١٩٩٠) التوجه بأنه: "عملية استخدام الحواس المتبقية لتحديد العلاقة المكانية بين موقع الشخص ومواقع الأشياء المهمة في البيئة". اما الحركة فهي: "قدرة الشخص على الحركة من النقطة الثابتة التي يوجد بها حاليًا إلى النقطة التي يرغب في الانتقال إليها في مكان آخر من البيئة".

وهكذا يمكن تعريف مهارات التوجه Orientation skills بأنها: "تمكين الطالب من استخدام المعلومات الحسية للتحرك بشكل هادف في البيئة". ومهارات التوجه تهدف إلى تعليم الطلاب استخدام الإشارات (العلامات) البيئية (على سبيل المثال الأصوات، الروائح، والمحفزات لمسية او البصرية" في حالة وجود بقايا بصرية") لتوفير المعلومات اللازمة عن هذا الموقع وتمييزه عن المواقع الأخرى، فعلى سبيل المثال، قد يعرف الطفل انه في المطبخ من رائحة القهوة، أو انه في غرفة المعيشة بسبب وجود التلفاز أو من ملمس السجاد تحت قدميه، هذه المعلومات تعزز فهمه للبيئة وكيفية التحرك ضمنها".



أما مهارات الحركة Mobility skills فتعني: "دمج تقنيات التوجه والحركة للمساعدة على الحركة ضمن البيئة بأمان وسهولة، وتشمل هذه المهارات المشي مع شخص آخر (المرشد المبصر)، ومهارات حماية الذات، ومهارات استخدام العصا، وبالنسبة للبعض قد تشمل أيضًا استخدام الكلاب المدربة والأدوات والأجهزة الإلكترونية،

وللأطفال الصغار سوف تشمل مهارات الحركة في وقت مبكر حركات هادفة مثل الزحف والمشي".

وينبغي الا نخلط بين خدمات تدريب المكفوفين على التوجه والحركة، والتعريف الفيدرالي الأمريكي للتدريب على الحركة، الذي يدخل في نطاق الخدمات التعليمية الخاصة وليس في نطاق خدمات المعاقين، وبموجب هذا التعريف، فإن التدريب على الحركة يعني: "تقديم التعلم - حسب الحاجة - للأطفال الذين يعانون من إعاقات إدراكية كبيرة، وغيرهم من الأطفال المعاقين الذين يحتاجون إلى هذا التعليم، بهدف تمكينهم من:

(١) تطوير إدراكهم للبيئة التي يعيشون فيها.

(٢) تعلم المهارات الضرورية للتحرك بصورة تتسم بالكفاءة والأمان من مكان لآخر في تلك البيئة. لقانون تحسين تربية ذوي الإعاقات ٢٠٠٤ (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, 2004)

وقد اورد ليدون وماكجرو (١٩٩٠، ٦٣- ٦٥) عدداً من المفاهيم ذات الصلة بالتوجه والحركة لدى المكفوفين وهي:

(١) *التتبع:* هو القيام باستخدام ظهر اصابع اليد ليتابع بخفة سطحاً مستوياً كحائط او خزانات او مكاتب او مناضد... الخ. وذلك لواحد من الأسباب الآتية:

(أ) ان يحدد الشخص موقعه في الفراغ المحيط به.

(ب) ان يحدد الشخص موقع اهداف معينة.

(ت) ان يهتدي بخط مواز لخط سيره.

(٢) *محددات الاتجاه direction takers* : يشير هذا المصطلح إلى اي شيء له سطح مستو، بحيث إذا برز في الفضاء فإنه يعطي مساراً معيناً او خط سير في اتجاه معين او إلى هدف محدد.

(٣) *حد المسار:* حدود أو حافة الرصيف أو الحشائش والأعشاب.

(٤) *العلامات:* اي شيء مألوف كالصوت أو الرائحة او درجة الحرارة أو دليل لمسي يسهل التعرف عليه بحيث يكون موقعه دقيقا ومعروفا في البيئة.

(٥) *خط السير:* يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى مسار او طريق مخطط تم قطعه إلى هدف أو نقطة معينة، مثل "خط السير إلى المخبز".

(٦) ***تحديد موقع الصوت sound localization*** : تحديد الاتجاه الدقيق لموقع المصدر الصوتي.

(٧) ***التعامد (الارتكاز) squaring off*** : هو عملية الاصطفاف ووضع البدن بالنسبة لشئ، بهدف أخذ الاتجاه وبناء خط اتجاه مسار محدد في البيئة.

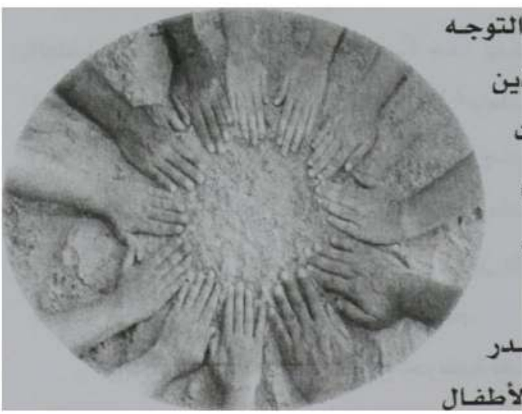
(٨) ***طريقة تتبع المبصر:*** يمسك الفرد الكفيف بمرفق المرشد المبصر متتبعًا خطواته في السير.

(٩) ***الإشارة clue*** : أي صوت أو رائحة، أو درجة حرارة، أو مؤثر لمسي يؤثر في الحواس ويمكن نقله توا للاستفادة منه في تحديد موقع الشخص أو خط اتجاهه .

(١٠) ***الإشارة السائدة dominant clue:*** في متاهة الإشارات الكثيرة المتواجدة فإن الإشارة السائدة هي أكثر الإشارات وأنسبها من حيث إشباع المعلومات المطلوبة في هذه اللحظة.

(١١) ***النقطة الإشارية point information:*** شيء مألوف كصوت، أو رائحة، أو درجة حرارة، أو دليل لمسي معروف مكانه بالضبط، ولكن يصعب التعرف عليه أو إدراكه بالمقارنة مع العلامات.

فريق عمل التدريب على التوجه والحركة:



تم تشكيل فريق العمل للتدريب على التوجه والحركة أصلاً لمساعدة المحاربين القدامى الذين فقدوا بصرهم خلال الحرب. وقد توسعت مهارات وتقنيات التوجه والحركة على مدى العقود القليلة الماضية لتشمل الأطفال المكفوفين وضعاف البصر.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية صدر القانون العام ١٤٢ – ٩٤ الذي يقضي بتعليم الأطفال

المعوقين منذ إقراره في عام ١٩٧٥، وتم منحه اسمًا جديدًا في عام١٩٩٠م : هو "قانون تربية ذوي الإعاقات" ((Individual with Disabilities Education Act (IDEA)). وتم تنقيحه في عام ١٩٩٧ م ومرة أخرى في ٢٠٠٤م، ويسمى في التعديل الحالي: "قانون تحسين تربية ذوي الإعاقات"، وان أحد بنوده الذي يركز عليها هي تطوير مهارات التوجه والحركة، كما يتضمن وضع وتطوير البرنامج التربوي الفردي من قبل فريق متخصص، وأن التركيز المبكر على مهارات التوجه والحركة أمر أساسي للطفل الكفيف لتطوير المهارات اللازمة للتحرك والانتقال بشكل مستقل في البيئة.

ويسهم الفريق في تطوير وتطبيق تعليمات التوجه والحركة، ويتألف الفريق من أحد الوالدين، ومعلم الصف العادي ومعلم التربية الخاصة، وموظفي الخدمات المقدمة، والأفراد الذين لهم علاقة خاصة مع الطفل، كل عضو في الفريق يساهم في وضع وتطوير البرنامج التعليمي المناسب.

ومن أبرز أعضاء فريق تدريب الأطفال المكفوفين على مهارات والحركة ما يلي:

(١) أخصائي التوجه والحركة

تقدم خدمات التوجه والحركة بشكل أساسي من خلال أخصائي مدرب ومؤهل بتعليم مهارات التوجه والحركة. ومع أن أخصائيي التوجه والحركة يضطلعون أساسًا بأعمال التدريب على التوجه والحركة إلا أن عملهم ليس بالضرورة أن يكون بصورة مباشرة مع الطفل. وعندما يكون الطفل صغيرًا جدًا يمكن لأخصائي التوجه والحركة تقديم المشورة للمعالجين الوظيفيين Occupational وأطباء العلاج الطبيعي وأخصائي التدخل المبكر والأسرة. ومن المهم أن يشارك أخصائي التوجه والحركة كعضو في الفريق لأنه مسؤول عن الإفادة من المفاهيم الأولية للتوجه والحركة لتحقيق الأهداف طويلة الأجل. كما أن الأطفال ضعيفي البصر الذين يعانون من ضعف في الحركة يحتاجون إلى هذا التدريب للمشاركة في الأنشطة الجارية من حولهم.

بإمكان أخصائي التوجه والحركة تقديم المساعدة للموظفين والآباء وغيرهم من الأشخاص الذين يتعاملون مع طالب لديه احتياجات في مجال التوجه والحركة سواء في

البيئة السكنية الموجودة في المدرسة أو في المجتمع الذي يعيش فيه الطفل. ويتعاون أخصائيو التوجه والحركة مع المعلمين المتجولين لتقييم الأطفال الذين يذهبون إلى المدرسة في المنطقة التي ينتمون إليها والمساعدة في تطوير برامج التوجه والحركة لهم.

ومن أهم أدوار ومسؤوليات أخصائي التوجه والحركة ما يلي:



- إجراء تقييم للرؤية الوظيفية.
- تدريب الطلاب بمواقع مختلفة.
- إجراء تقديرات تركز على حاجات الطالب قريبة وبعيدة المدى.
- تعليم الطلاب الحركة والسفر ببراعة وأمان في البيئات المألوفة والغريبة.
- وضع خطة تربوية فردية تتناسب مع حاجات الطالب وأهداف متسلسلة.
- مساعدة الطلاب المكفوفين وضعاف البصر على تطوير مهارات تمكنهم من الحركة بشكل مستقل.
- تقديم الاستشارة للأسر ومعلمي التربية الخاصة والعاديين، وموظفي المدرسة، والأقران.
- استعمال أدوات ومواد وأجهزة لتطوير مهارات التوجه والحركة مثل: الخرائط اللمسية، نماذج، معينات بصرية مثل العدسات والتلسكوب، العصا البيضاء.
- تعليم تقنيات الحماية في بيئات وأوقات مختلفة للوصول إلى الأمان والاستقلالية القصوى.
- يزود أخصائي التوجه والحركة المكفوفين فيما أورد (صالحة، ٢٠٠٨) بمعلومات في الجوانب التالية:

(١) وعي الجسم.

(٢) المفاهيم البيئية.

(٣) المفاهيم المكانية.

(٤) مفاهيم الاتجاه.

(٥) مهارات التوجه.

(٦) مهارات الخريطة.

(٧) تقييم تقدم الطلاب.

(٨) إجراءات المرشد المبصر.

(٩) مهارات الحياة اليومية.

(١٠) المهارات الحسية الحركية.

(١١) استعمال المعينات البصرية.

(١٢) تحفيز وتدريب الوعي الحسي.

(١٣) استعمال وسائل النقل العامة.

(١٤) تقنيات حماية الجسم وجمع المعلومات.

(١٥) إجراءات التفاعل والتواصل مع الآخرين.

(١٦) إجراءات لعبور الشوارع، ومن ضمن ذلك إشارات المرور.

(١٧) المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة المتعلقة بالحركة.

(١٨) إجراءات استعمال الهاتف لجمع المعلومات ولحالات الطوارئ.

ومن الأدوار التي يمكن أن توكل أيضاً لأخصائي التوجه والحركة ما يلي:

- تقييم الطفل، والعمل بالتعاون مع جميع أعضاء الفريق، بما فيهم الآباء، من أجل التصدي لاحتياجات الطالب في تطوير مهارات التوجه والحركة.
- تقديم التدريب المتعلق بتطوير المهارات والمعارف التي تمكن الطالب من الحركة بصورة مستقلة وبأعلى درجة ممكنة، على أساس الاحتياجات التي يتم تقييمها والخطة التربوية الفردية الخاصة بالطالب.

- تدريب الطالب الكفيف كيف يمكنه التنقل بكفاءة وأمان وثقة في البيئات المألوفة وغير المألوفة لديه.
- تقديم خدمات المشورة والمساندة للآباء ومعلمي التعليم العام والتربية الخاصة وغيرهم من العاملين بالمدارس، إلى جانب الأقران المبصرين.



- التشاور بصورة دورية مع الآباء ومعلمي الفصول ومعلمي التربية الرياضية و / أو غيرهم من معلمي التعليم الخاص لمساعدتهم فيما يتعلق بالتعديلات والتكييفات والاعتبارات ذات الصلة ببيئة المنزل والفصل، وضمان تعزيز مهارات التوجه والحركة المناسبة التي تشجع الطالب المعاق بصرياً على الحركة بالاعتماد على نفسه في هاتين البيئتين.
- التعاون مع المعلم المؤهل في مجال الإعاقات البصرية على إجراء التقييم الوظيفي للقدرات البصرية فيما يتعلق بالقدرة على الحركة بالاعتماد على الذات.
- نقل الطلاب إلى مختلف المواقع داخل البيئية حسب الحاجة لتقديم تعليم مفيد في بيئات واقعية.
- إعداد واستخدام المعدات والمواد مثل الخرائط اللمسية والنماذج، وأدوات الرؤية لمسافات بعيدة لضعاف البصر، والعصي الطويلة، بهدف تطوير مهارات الإحساس بالموقع والاتجاه والحركة.
- تقديم التدريبات الخاصة بالإحساس بالموقع والاتجاه والحركة في عدد من المناطق المحددة، حسب الحاجة.

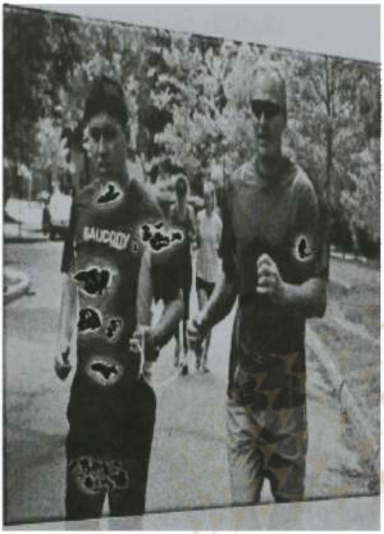
- يزود الفريق بالنشاطات التي تعزز مهارات الحركة وفهم البيئة، كما يساعد في تحليل بيئات المنزل والمدرسة ويقدم توصيات للاستراتيجيات التي يمكن ان تحسن قدرة الطفل على التحرك داخلها، وتحقيق فهم أفضل بها.
- قد يشترك أخصائي التوجه والحركة مباشرة في تعليم الطفل مهارات محددة يحتاجها للتنقل والحركة بأمان، ويتشارك بها مع أعضاء الفريق الآخرين.
- أخصائي التوجه والحركة قد يعمل ايضًا مع اعضاء الفريق الآخرين لكي يضمن فهم كل منهم للمطلوب ويشتركون في المسئولية بتقديم الدعم المناسب، ويطورون البرنامج التربوي الفردي للتعرف والحركة التي تعزز التنقل، والتعرف على المحيط، وتشجع على الحركة الهادفة المستقلة.

ويشهد الوقت الراهن فيما ورد عن هلنان وكوفمان (٢٠٠٨) جدلاً كبيرًا حول إمكانية أن يكون الشخص الأعمى مدربًا للحركة بما يسمح له بالقيام بتدريب الآخرين من المكفوفين على الحركة. وفي هذا الإطار تجد من يرفض هذا الأمر ومن يقبله، أما الرافضون له فيركزون بصفة أساسية كما يشير ميلر Miller (1996) على تلك الأمور التي ترتبط بالسلامة، ويتساءلون عما إذا كان بمقدور المدرب الأعمى أن يقوم بتحذير المتدرب من اخطار محتملة في البيئة كوجود فرع متدل من شجرة يمكن له أن به أو ما شابه ذلك. أما من يؤيدون هذا الإجراء فيرون فيه كما يرى هلّ (1997) Hill ان مثل هذه الأخطار المحتملة التي يتحدث الآخرون عنها إنما تمثل جانبًا من الواقع الذي يواجهه أي شخص كفيف يستخدم العصا، ومن ثم فإنه يصبح من الأكثر اهمية بالنسبة للمدرب الكفيف أن يسمح لأولئك المتدربين الذين يقوم بتدريبهم بمواجهة، العقبات خلال التدريب، وبالتالي يتعلمون كيفية مسايرتها من هذا المنطلق.

(٢) معلم التربية الرياضية:

يلعب معلم التربية البدنية دورًا مهمًا في تطور المهارات الحركية لدى التلميذ الكفيف، ويمكن أن نلخص دوره في النقاط التالية:

(١) تزويد الكفيف بشرح كاف عن وضع الملعب أو الصالة والأجهزة المستخدمة ويشمل ذلك الإحساس بالأجهزة وأماكن الملعب والصالة.



(٢) مراعاة عوامل الأمن والسلامة للمكفوفين المشاركين في الأنشطة الرياضية.

(٣) توفير الأجهزة ووضعها في مكانها المناسب بالصالة أو الملعب استعداداً لبدء النشاط الرياضي وعدم تغييرها، لكي يتمكن الكفيف من معرفة أماكنها في الممارسة القادمة.

(٤) التركيز على حاستي اللمس والسمع للكفيف لدورهما في الممارسة الرياضية.

(٥) اختيار الأنشطة والتمارين الرياضية التي تعمل على إصلاح التشوهات وتنمية الإدراك الكلي والتوافق العضلي العصبي.

(٦) تعليم وتدريب الكفيف على وضع الجسم السليم في حالات المشي والجري والأوضاع الحركية المختلفة، وخاصة تلك المستخدمة في الحياة اليومية.

(٧) الملاحظة الدائمة عن قرب للكفيف أثناء الممارسة وإبعاد كل ما يشكل عائقاً أو خطراً عليه.

(٨) الاستعانة بوضع شواخص لمساعدة الكفيف على الملعب، وعلى وضعه السليم داخل الملعب.

(٩) تدريب الكفيف على كيفية التعرف أثناء الوقوف في مواقف حركية حرجة مثل كيفية السقوط.

(١٠) مراعاة توفير عدد يناسب المكفوفين من المدرسين أو المرافقين لتكون الاستفادة من الحصة التدريبية كبيرة.

(٣) المعلمين:

يقوم كل من معلم التربية الخاصة ومعلم التعليم العام بالمساندة ودعم التدريبات التي يقدمها أخصائيو التوجه والحركة. ويقترح كريج وهوارد Craig & Howard (1981) الإرشادات التالية:



(١) استبعاد العوائق غير الضرورية، وإعلام الطلاب بالتغيرات في تنظيم الصف أو أي عوائق أخرى مؤقتة مثل شاشة محمولة.

(٢) جعل الأبواب مغلقة أو مفتوحة تمامًا لاستبعاد إمكانية اصطدام الطالب بالباب المفتوح جزئيًا أثناء الجري.

(٣) السماح للطلاب بالانتقال بدرجة ما مع أقرانه للغرف التي تستخدم بصورة متكررة مثل: المكتبة، وحجرة الاسترخاء، وحجرة الصف. وأيضا طرق الاستدارة يمينًا ويسارًا وأي علامات مميزة.

(٤) استبعاد محاولات الطالب الاعتماد على المرشد المبصر، عند إظهاره القدرة على الانتقال بطريقة مستقلة.

(٥) السماح للطالب بالانتقال بحرية حتى يعتاد بنفسه على الحجرة أو الطريق.

(٦) إذا كان الأمر ضروريًا يتم بتوفير مرشد مبصر في حال: حدوث حريق، والرحلات الميدانية، والطابور والمقاعد في الغرف التي لم يتم فيها تحديد الجلوس بطريقة مرتبة (ص ١٩١).

(٤) الوالدين والمربين:

يقوم الآباء يقومون بدور مباشر ومؤثر في مساندة أبنائهم على اكتساب مهارات التوجه والحركة الأساسية في السنوات المبكرة من حياتهم، ويتعاون أخصائي التوجه

والحركة بصورة مباشرة مع الآباء لتعريفهم بأفضل طريقة يمكنهم من خلالها تعليم وغرس مهارات الحركة في سن مبكرة. اما بالنسبة للأطفال الذين هم في سن المدرسة، فإن معلم مهارات التوجه والحركة يصبح هو المعلم الأساسي، فيما يراقب الآباء بعض الأساليب مع تقديم التشجيع والمساندة.

إن أخصائي التوجه والحركة هو الشخص المسؤول عن تدريب وتنفيذ الأنشطة في مجال التوجه والحركة للآباء، والمربين. وأن يقدم أيضًا معلومات عن دور التوجه والحركة والأهداف الواردة في تلك البرامج التدريبية .

واشارت دراسة توماس (1995) Thomas إلى ضرورة تعلم مبادئ الحركة للطلاب المكفوفين، واكدت ان التدريب على الحركة مسؤولية مشتركة بين المعلمين والآباء وأخصائي الحركة، وأن الأساس لتعليم الحركة التجول المستقل كهدف قابل للتحقيق، وتضمنت تزويد الطفل بفهم ذي مغزى عن بيئته وزيادة ثقته بنفسه، وان تعليم الحركة يجب ان يدمج بأنشطة التعليم المهنية.

إن تدريبات التوجه والحركة التي يقوم بها أخصائي التوجه والحركة سيكون لها تأثير ضئيل للغاية على الأطفال الذين يعانون من إعاقات بصرية إذا كان الآباء أو مقدمي الرعاية وأفراد الأسرة لا يشاركون بفعالية في تدريبهم. إن أحد مسؤوليات أخصائي التوجه والحركة توفير التدريب لآباء وأمهات الطلاب ذوي الإعاقات البصرية. بالإضافة إلى العمل بالتعاون مع افراد الأسرة في وضع اهداف واقعية، وأخصائي التوجه والحركة يعمل على تطوير أنشطة محددة يجب أن الآباء والأمهات وأفراد الأسرة تنفذها في المنزل الإعداد لاستمرارية التعليم. (Petersmeyer &Fazzi,2001).

إن انشطة التوجه والحركة ينبغي ان تصمم بحيث يمكن لآباء ولأمهات وأفراد الأسرة الآخرين تنفيذها من خلال انشطة الحياة اليومية والأنشطة الترفيهية. أخصائي التوجه والحركة يخدم بوصفه عضوا في فريق متعدد التخصصات في وضع وتنفيذ البرامج التربوي الفردي (التعليم الفردي) للأطفال الذين يعانون من إعاقات بصرية. ويوفر أخصائي التوجه

والحركة لهم أيضا المعلومات المهنية عن نظم بديلة للسفر بشكل مستقل باستخدام أجهزة مثل: التنقل على التكيف ، وأدلة السفر الكلب والأجهزة الالكترونية.

إن أخصائي التوجه والحركة ينبغي أن يلعب دورًا في تثقيف عامة الناس بشأن قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية. وإقامة علاقات مع الجمعيات الأهلية غير الحكومية من خلال التعليمات التي تتعلق بكيفية مساعدة المواطنين للكفيف على التوجه والحركة مما قد يبدد الكثير من المفاهيم الخاطئة لدى عامة الناس في كثير من الأحيان عن كف البصر والمصابين بالإعاقات البصرية.

واخيرًا فمن أهم القضايا التي يجب الانتباه إليها عند تدريب الفرد الكفيف على الحركة المستقلة ما يلي:

(١) تعريف الكفيف بماهية التوجه والحركة.

(٢) التحقق من امتلاك الفرد لأية قدرات بصرية متبقية وذلك من أجل توظيفها في عملية الحركة بطريقة مفيدة .

(٣) تدريب الفرد على توظيف الحواس الأخرى أثناء عملية الحركة.

(٤) تزويد الطفل ببرنامج فردي حتى يستطيع الحركة بأمان واستقلالية.

(٥) تدريب الطفل على استخدام العصا لأنها الأكثر توفرًا ولعدم إمكانية استخدام التقنيات الأخرى لأنها مكلفة.



(٦) تدريب الفرد على الحصول على المساعدة من المبصرين في البيئات الجديدة.

(٧) إن درجة شعور الفرد بالأمان تعتمد على

وضع الطفل والبرامج التدريبية المقدمة له.

(٨) إن قدرة الكفيف على الاستقلالية في عملية الحركة تعتمد على عمره ودرجة إعاقته ومدى ثقته وخبراته السابقة بالإضافة إلى قدراته العامة وطبيعة البرنامج التدريبي.

(٩) يجب طلب العون والمساعدة في حالة عدم استخدام العصا في البيئة المألوفة لسبب او لآخر.

(١٠) لا ضرر من اعتماد الكفيف على المبصر في بعض الأمور كاختيار الملابس وقراءة الرسائل والتنقل باستخدام المواصلات. اما في كثير من الأحيان والظروف يجب ان يعتمد الكفيف على نفسه حيث ينبغي إعطاؤه فرص الاستقلالية الحركية والسيطرة عليها طالما انه يشعر بالأمان والثقة.

(١١) عند مرافقة الفرد الكفيف لشخص مبصر يفضل أن يستخدم المبصر طريقة المرشد المبصر لأنها أكثر مرونة ولا تحتاج إلى تعليمات لفظية.

(١٢) إن اتجاهات الوالدين تلعب دوراً مهمًا في تطور العقل وتقدمه واستفادته من البرامج التدريبية.

(١٣) تبدأ برامج التدريب على الحركة منذ سن السابعة بشكل جزئي وبعد سن التاسعة يصبح البرنامج مكثفاً وطويلاً حتى سن الثانية عشرة. أما فيما بعد فطبيعة البرامج تعتمد على وضع الفرد وحاجاته.

(١٤) يقدم النصح والاستشارة والتدريب إن أمكن للوالدين والإخوة لتشجيعهم على مساعدة طفلهم على عملية الحركة.

(١٥) إن التدريب المقدم للطفل الكفيف يتطلب مدرّبا مؤهلاً حاصلاً على شهادة علمية ولديه خبرة كافية ويعين في المؤسسات والمدارس لهذا الغرض بالذات.

أهمية تدريب الكفيف على مهارات التوجه والحركة:

لقد كانت النظرة إلى تدريب الكفيف على التوجه والحركة تقتصر على تدريبه على استخدام العصا دون الحاجة إلى تطوير البرامج الفردية أو إلى مدرب متخصص يكسبه

المهارات الأساسية والفردية للتوجه والحركة، بغض النظر عن تدريبه على أساليب السلامة والاستقلالية في الحركة خلال البيئة المحيطة به، أما الآن أصبح مفهوم التدريب أشمل وأوسع ويركز على مهارات مختلفة حيث إن تدريب الكفيف على الحركة من مكان لآخر يتطلب منه أن يوظف نوعين من المهارات هما: مهارات التوجه ومهارات الحركة.

إن غياب حاسة البصر لدى الطفل الكفيف قد يكون سببًا في تلاشي سلوك الفضول والدافع للتحرك تدريجيًا. المكفوفون يختلفون فيما بينهم، فالبعض قد يشعرون بعدم الأمان أو الخوف عندما يتحرك في بيئة لا يراها بوضوح. والبعض الآخر قد لا تكون لديهم ما يكفي من الخبرات والتجارب في مجال البيئة لفهم مفاهيم أساسية عن تلك البيئة أو حول الأشياء والأجسام الموجودة فيها. ومن الضروري أن يتمكن الأطفال المكفوفون من الحصول على فرص التعلم والتعليمات التي تسهل الحركة الهادفة.

إن تدريبات التوجه والحركة تزود الطلاب المكفوفين بمجموعة من المهارات اللازمة للاستفادة من الحواس الأخرى مثل: السمع واللمس والبقايا البصرية والتذوق والشم واستخدامها في إدراك البيئة. بالنسبة للطفل الكفيف فإن الحركة تتيح له الفرصة لجمع المعلومات الحسية، والتواصل، والقيام بالاختيارات. كما أن هذه التدريبات تزودهم بالفرص والتعليمات والمهارات التي تمكنهم من زيادة وعيهم بالبيئة، مما يؤدى إلى زيادة دافعيتهم نحو الاستقلال والشعور بالأمان.

المثال التالي يوضح ذلك: طفل كفيف يلعب مع شقيقه في غرفة النوم عندما يسمع صوت فتح باب المنزل الرئيس، فيفترض أن والدته قد عادت من العمل، فنجده يسير بسرعة من غرفة نومه ويتفادى العديد من اللعب المتناثرة على الأرض بأمان من خلال استخدام أساليب الحماية - التي سبق أن تعلمها- ويستمر في النزول لأسفل لمقابلتها وتحيتها، ويتحرك نحو المطبخ وحول مائدة الطعام. إنه يشم رائحة الطعام فيبحث عنه لأنه يشعر بالجوع. لقد علمه أخصائي التوجه والحركة كيف يتحرك في بيئته بأمان، ومن خلال ذلك يقرر المكان الذي قد تتواجد فيه أمه، ويشم رائحة الطعام ومن ثم يمشي إلى المطبخ، فهو تعلم ترجمة واستعمال المعلومات الحسية المتوفرة، وكيف يتحرك بأمان في البيئة المحيطة به. ففي هذا الحدث الروتيني، الممتد لبضع دقائق فقط، قد جمع ذلك الطفل الكفيف وترجم الكثير من المعلومات السمعية واللمسية والشمية ليوظفها في شكل حركات دقيقة متقنة (صالحة، ٢٠٠٨).



وتبدو أهمية تدريب الكفيف على مهارات التوجه والحركة فيما يلي:

(١) **إن إتقان مهارات التوجه والحركة تساعد الكفيف على التخلص من التوتر والخوف والحذر إلى حد كبير، تلك الانفعالات التي قد يشعر بها عند تحركه، ومن ثم يصبح بإمكانه التعامل مع الأماكن والعقبات بطريقة صحيحة؛ ونتيجة لذلك سوف يشعر بالاسترخاء الجسمي والنفسي وتزداد ثقته بنفسه وتقل الآثار السلبية المترتبة على التوتر والخوف.**

(٢) **إن الأنشطة والتدريبات الخاصة بزيادة كفاءة حواسه المتبقية تمكنه من تنمية هذه الحواس كي تعوضه عن فقد حاسة الإبصار، وتعينه على تمييز وإدراك الأشياء وطبيعتها وخصائصها وتحديد مواقعها في البيئة.**

(٣) **إن تدريب الكفيف على مهارات التوجه والحركة تمكنه من الاستقلالية في الحركة، ومن ثم الوصول إلى الأماكن التي لم يتمكن من الوصول إليها من قبل؛ أي أن محيط دائرة بيئته المحدود سوف يتسع ويمتد بدلاً من حدود البيئة الضيقة التي تنحصر فيما تصل إليه يداه فقط.**

(٤) **تشتمل برامج تدريب الكفيف على التوجه والحركة تدريب أعضاء جسمه على الحركة والمرونة من خلال ممارسة بعض الأنشطة والتمرينات الرياضية التي تجعل من جسمه أكثر استقامة ومرونة ومن حركته أكثر اتزانًا وتناسقاً.**

(٥) **التدريب على مهارات التوجه والحركة يسهل للكفيف اتخاذ الأوضاع الجسمية الصحيحة عند تنقله سواء بصحبة أحد الأصدقاء أو بمفرده حيث يمكنه الاستعداد بأوضاع الحماية الملائمة عند كل موقف.**

(٦) عندما يتدرب الكفيف على تنسيق واتزان حركة جسمه أثناء المشي، فإن ذلك يؤدى إلى عدم انحراف اتجاهه؛ وبالتالي لا يفقد طريقه، وكذلك تدريبه على كيفية مواجهة انحراف الاتجاه أثناء السير والعودة إلى الوضع الصحيح.

(٧) من المهارات التي يتم التدريب عليها والمرتبطة بالتوجه والحركة هي مهارات الحياة اليومية والتي يمكن أن يساعد في أدائها: كغسل الملابس وترتيب الفراش وتنظيف المكان وتحديد موقع الطعام والشراب والأثاث وغيرها من المهارات.

(٨) من خلال التدريب على مهارات التوجه والحركة يتمكن الكفيف من تكوين علاقة ألفة بينه وبين بيئته المحيطة به بأن يحدد معالمها، كما يمكنه السيطرة على عناصرها من خلال التعرف على جغرافية المكان والاتجاهات والتقاطعات والانحدارات ومواقع المباني وكذلك المحال التجارية والشوارع وغيرها من عناصر البيئة حتى يألفها ويمكنه الحركة فيها باستقلالية إلى حد كبير.

(٩) يساعد التدريب على مهارات التوجه والحركة الكفيف على أن يؤدى بعض المهارات الأخرى المرتبطة بالحياة بشكل عام وبالعمل الذي يقوم به على وجه الخصوص مثل: استخدام النقود، واستخدام الحاسب الآلي، وكتابة الرسائل، والعلاقة بين صوت السيارة وحجمها وسرعتها، وكذلك أبواب الدخول والخروج، ومكان المصعد أو الدرج .. وغيرها من المواقع داخل مكان عمله.

(١٠) يعد التدريب على التوجه والحركة من الأساليب التي تساعد الكفيف على حماية نفسه من المخاطر التي يمكن أن يواجهها خلال تنقله في البيئة كأن يتمكن من التسلق إذا سقط في مكان منخفض، أو الجري للابتعاد عن خطر قادم، أو الاندفاع إذا ما سقط عليه جسم عند سيره.

(١١) يمكن للكفيف عن طريق برامج التدريب على مهارات التوجه والحركة أن ينمي مهارات العناية بالذات مثل: الاستحمام، وقضاء الحاجة، وارتداء الملابس، والنظافة الشخصية، والعناية بالملابس، والمحافظة على نظافتها، نتيجة اكتساب مهارات تحديد مواقع الأشياء، وكيفية استخدامها بشكل مناسب.

العوامل المؤثرة على استقلالية الطفل الكفيف أثناء تنقله:

إن الحركة بالنسبة للطفل الكفيف لابد ان تحدث سواء تم تدريبه على مهارات التوجه والحركة أو لم يتم تدريبه؛ إلا ان الطفل الكفيف الذي تم تدريبه يختلف عن نظيره الآخر الذي لم يتم تدريبه حيث إن الطفل الأول يمكنه الحركة باستقلالية وبثقة عالية، وتتطلب الحركة قدرة الفرد على التحرك من مكان إلى آخر، وكذلك التكيف الفعال مع الظروف البيئية المحيطة. وهناك عدد من العوامل التي تؤثر على استقلالية الطفل الكفيف اثناء تنقله، وهذه العوامل تتعلق إما بالفرد الكفيف ذاته كقدراته الحركية والنفسية والانفعالية والمعرفية أو بالبيئة أو المجتمع الذي يعيش فيه الفرد من حيث خصائص أفراد المجتمع وعناصر هذه البيئة ومكوناتها وفيما يلي توضيحًا لهذه العوامل التي اوردها الحديدي(١٩٩٨)؛ وخضير والببلاوي (٢٠٠٤):

أ- العوامل المتعلقة بالفرد:

١- العوامل النفسية:

يقصد بها وعي الفرد الكفيف بأعضاء جسمه وأسماء هذه الأجزاء، ووظيفة كل عضو وشكله ومفهومه وتخيله له، وردود فعله نحو جسمه من حيث التقبل أو الرفض، وكذلك وعيه بمواقع أجزاء جسمه المختلفة في أي ظرف من الظروف، وفي الفراغ الذي يعيش فيه، وذلك لأن الطفل الكفيف يواجه صعوبة كبيرة في قدرته على إدراك ووعيه بجسمه، وأيضا يعاني من الناحية النفسية من الإحباط عند تعرضه لموقف يذكره بإعاقته، وأوضح دليل على ذلك رفض معظمهم لاستخدام العصا أثناء تنقلهم او الحركة في الأماكن عامة.

٢- العوامل الحركية:

قد تؤثر الإعاقة البصرية في وضع جسم الطفل الكفيف أو في مشيته مما يجعل الحركة أمرًا صعبًا ومتعبًا له، إذ يظهر الطفل تخوفًا من المشي او يمشي بشكل بطيء مع عدم تناسق حركاته، وفي هذه الحالة يحتاج إلى تدريب على الأوضاع الصحيحة وتغذية راجعة مستمرة، وقد يواجه الطفل مشكلة في التآزر الإدراكي الحركي نتيجة عدم القدرة على القيام بالحركات

الصحيحة، من أجل هذا فإن التركيز على البرامج الخاصة بتعديل وتسهيل عملية التآزر يعد أمرًا مهمًا ومطلبًا حيويًا وذلك لتطوير مهارات الحركة المستمرة، ومن هذا المنطلق فإن العوامل الحركية تحتاج تقييمًا شاملاً لتصميم البرنامج المناسب لكل حالة.

٣- العوامل المعرفية:

يقصد بالعوامل المعرفية في مجال الحركة والتوجه عددًا من المهارات المرتبطة بهذا المجال، ومنها مهارات التوجه ومهارات تطور المفهوم ومهارات حل المشكلة، أما مهارات التوجه فتعني قدرة الطفل على التذكر بشكل جيد وفي نفس الوقت ربط الحقائق والمعلومات التي يحصل عليها من البيئة، وكذلك قدرته على التعرف على البيئة وأن يحافظ على المعلومات ويوظفها وصولاً إلى الهدف مما يجعل عملية الحركة أمرًا ميسرًا.

إن مهارات تطور المفهوم تتضمن إتقان الطفل للمفاهيم الوظيفية للمناطق والأشكال والأشياء والشوارع والمباني وكافة عناصر البيئة إذ إن إتقانه لذلك يؤدى إلى وضوح المعلومات؛ وبالتالي يتمكن من الحركة. إن قدرة الطفل الكفيف على تطوير المفاهيم تتحدد تبعًا لاتجاهات الأسرة وأساليب تنشئتها للطفل، وكذلك دور المعلمين لكونها يمكن ان تشجع الطفل وتحثه على ذلك أو تحبطه وتثبط حركته ومحاولاته لاكتشاف البيئة وأما مهارات حل المشكلة فتبدو في اتخاذ الفرد القرارات الضرورية والصحيحة والتي تؤثر في مدى شعوره بالأمن والاستقلالية، فهو في حاجة إلى اتخاذ قرارات سريعة وصحيحة اثناء عملية الحركة تضمن حلاً مناسبًا للمشكلات التي تقابله وهذه العوامل غير منفصلة وإنما تعمل بشكل منظم ومتسلسل ومترابط وكل منها له دوره في أداء الفرد.

٤-العوامل الانفعالية:

تعني العوامل الانفعالية ما قد ينتاب الطفل الكفيف من مشاعر النقص أو العجز أو الدونية، وكذلك الخوف ونقص الدافعية والفشل وخيبة الأمل والانسحابية، وهذه العوامل السلبية تؤثر سلبًا على عملية الحركة المستمرة بل تحد من حركته وإمكانية تنقله؛

وبالتالي ينعكس أثرها على فاعلية البرامج التدريبية التي يتلقاها الطفل الكفيف حيث إن البرامج التدريبية الجيدة والقائمين عليها من أخصائيي التوجه والحركة ذوو الكفاءة لا يمكنهم التأثير في الطفل ما لم تتوفر العوامل الانفعالية الإيجابية لأن عملية التدريب على التفعيل المستقل تحتاج إضافة إلى البرامج والأخصائيين تطويراً للاتجاهات الإيجابية للطفل والرغبة الأكيدة في الحركة المستقلة والدافعية إلى ذلك وأكثر من ذلك ثقة الطفل الكفيف بنفسه إذ إنها جميعًا تعمل على نجاح تلك البرامج وفاعليتها.

٥- العوامل الاجتماعية:

لهذه العوامل أهميتها أيضًا كسابقاتها، فسلوك الفرد يتأثر باتجاهات المجتمع وردود أفعال المحيطين به، بل تلعب هذه الاتجاهات دورًا أساسيًا في تشكيل سلوك الفرد، والطفل الكفيف الذي قد ينظر إليه أفراد المجتمع نظرة سلبية فيها شفقة ورثاء والخوف عليه وحمايته بشكل مبالغ فيه أو دونية ونقص وعليه أن يتعامل ويتفاعل مع هذه الاتجاهات السلبية والتوقعات المتدنية من قبل المحيطين به تؤثر سلبًا على تطوره بل وتحد من قدرته على الانخراط في البرنامج التدريبي والشعور بالاستقلالية ولا يمكن للبرنامج التدريبي أن يكون فاعلاً إذا استمر الحال على هذا النحو، وإنما يجب أن يكون هناك اتصال بين الأخصائي القائم بالتدريب والأهل حتى يتبين ردود أفعالهم واتجاهاتهم نحو طفلهم الكفيف ومدى تقبلهم لفكرة تدريبه على الحركة المستقلة حتى يبدأ البرنامج بتشجيع من الأسرة وبأهلية الطفل للتدريب وإيجابية التوقعات حتى تنجح مثل هذه البرامج.

ب- العوامل البيئية:

تشمل هذه العوامل العناصر البيئية الطبيعية مثل: الجبال والوديان والأنهار وحالة الطقس .. وغيرها، وكذلك العناصر البيئية المعمارية كالتنظيمات البيئية من الشوارع والمباني والأرصفة والمصاعد والسلالم وإشارات المرور وعلاماته ووسائل المواصلات .. وغيرها، ولكل عنصر من هذه العناصر دور فاعل في تحديد احتمالات نجاح الحركة لأنها تشكل

صعوبات تواجه الطفل الكفيف ويجب أن توضع في الاعتبار للتغلب عليها إذ إن تجاهلها يمكن ان يترك اثرا سلبيًا على تدريب الطفل الكفيف على عملية التنقل وعلى الاستقلالية اثناء الحركة فيجب ان يضع أخصائي التوجه والحركة كل هذه العناصر ضمن برنامجه حتى يتمكن من تحديد القواعد والإجراءات التي يجب اتباعها لنجاح تلك البرامج.

أهداف تدريب الطفل الكفيف على التوجه والحركة:

هناك هدف رئيس وراء تدريب الطفل الكفيف على التوجه والحركة وهو تحقيق اقصى قدر ممكن من الاستقلالية والأمن والسلامة للطفل اثناء عملية الحركة ليشعر بذاته وبثقته بنفسه وانه جزء من هذا المجتمع، ومن ثم يتمكن من الاندماج فيه والتفاعل معه تأثيرًا وتأثرًا، ويتفرع عن هذا الهدف الأساسي أهداف فرعية تسهم بشكل او بآخر في تحقيق هذا الهدف ومن اهم هذه الأهداف:

(١) أن يتمكن الطفل الكفيف من تدريب وتنمية باقي حواسه الأخرى ليتمكن من إدراك كل ما يعترض طريقه من عناصر بيئته.

(٢) تنمية كافة المهارات الجسمية للطفل الكفيف والتي تعد مطلبًا أساسيًا لعملية التوجه والحركة.

(٣) مساعدة الطفل الكفيف على تجاوز العقبات وحماية نفسه من الأخطار التي يمكن أن تعترضه خلال عملية الحركة.

(٤) أن يتمكن الطفل الكفيف من التوجه والحركة باستقلالية خارج منزله لتوسيع دائرة بيئته الخاصة.

(٥) مساعدة الطفل الكفيف على اكتساب وتنمية المهارات الاستقلالية وخاصة في العناية بالذات وترتيب وتنظيم أدواته الشخصية.

(٦) أن يكتسب الطفل الكفيف مهارات التآزر الحركي والتي يستخدمها اثناء عملية الحركة وكذلك عند تأهيله وتدريبه مهنيًا.

(٧) أن يفهم الطفل الكفيف المفاهيم البيئية والمرتبطة بالاتجاهات والعناصر البيئية التي يستخدمها في عملية الحركة وينميها.

(٨) أن يكتسب الطفل الكفيف القدرة على القيام ببعض الشئون المنزلية المناسبة كالمساعدة في عملية التنظيف والترتيب.

(٩) أن يتمكن الطفل الكفيف من تنسيق واتزان الحركات الجسمية أثناء الحركة حتى لا يحدث خلل وأن يدرك كيفية التصرف الصحيح إذا حدث هذا الخلل.

(١٠) أن يكتسب المهارات الاجتماعية المتعلقة بالتعامل مع الآخرين من حيث الشراء والبيع والتعامل بالنقود.

العوامل المؤثرة في تعلم الكفيف لطرق وأساليب التوجه والحركة:

إن طبيعة الإعاقة البصرية - كباقي الإعاقات - تتسم بالاختلاف والتباين الناتج عن شدة الإعاقة والعمر الذي حدثت فيه، وما يرتبط بذلك من اختلاف شديد في نوعية الخبرات والمعلومات والمهارات التي يكتسبها الطفل الكفيف والتي تؤثر بدورها على عملية تدريبه وتعلمه طرق وأساليب التوجه والحركة، إضافة إلى أن هناك عوامل أخرى تؤثر بشكل فعال على تلك العملية كاستعداد حواسه المتبقية للعمل والتدريب ومعدل ذكائه وحالته النفسية والتسهيلات التي تقدم للكفيف ودافعيته لقبول التدريب ودرجة تفاعله الاجتماعي وغيرها من العوامل ذات الصلة بعملية التدريب والتعلم وحتى تبدو أهمية تلك العوامل ومدى تأثيرها على عملية التدريب. وتعلم الكفيف الطرق وأساليب التوجه والحركة تطرحها بشيء من التفصيل فيما يلي:

(١) درجة وقوة واستعداد الحواس المتبقية:

إن العجز والقصور الذي تخلفه الإعاقة البصرية لدى الطفل الكفيف يدفعه إلى الاعتماد بشكل مباشر على حواسه الأخرى تعويضاً عن النقص الناتج عن ذلك القصور، إذ يستخدم تلك الحواس بعد تدريبها تدريباً شاقاً ومتواصلاً وتكييفها لأداء بعض المهام التي هي في الأصل من وظائف حاسة الإبصار، فعلى سبيل المثال يستخدم الكفيف حاسة السمع في

سماع الأصوات وتلقي التعليمات والمعلومات والمفاهيم كما يستخدمها باقي الأفراد العاديون، ولكنه إضافة إلى ذلك يوظف هذه الحاسة توظيفًا إضافيًا لاستخدامها في تحديد مصدر الصوت واتجاهه وتحديد الاتجاهات والمسافات والتعرف على العوائق والحواجز والتمييز بين الأماكن والمواقع وترجمة المفاهيم المسموعة إلى أشياء وعناصر مادية وكل هذه المهام وغيرها من الوظائف الرئيسة لحاسة الإبصار، كما أنه يستخدم حاسة اللمس كما يستخدمها المبصرون في التمييز بين الملموسات سواء من ناحية حرارتها أو ملمسها وكتلتها، وإضافة إلى تلك المهام فهو يوظفها لاستخدامها في القراءة وفي والتعرف على الحواجز والعوائق والسطوح والأشكال والأحجام وإدراك العلاقة بينها جميعًا وتعد تلك من المهام الأساسية لحاسة الإبصار، وكذلك الحال بالنسبة لحاستي الشم والتذوق، وهذا يعني أن أي خلل أو نقص أو قصور في تلك الحواس المتبقية من حيث قدرتها واستعدادها وكفاءتها يعني قصورًا بما تستقبله تلك الحواس ومن ثم قصورًا في كل ما يترتب على ذلك من مهارات أو معلومات أو طرق وأساليب يتعلمها الكفيف خلال عملية تدريبه على التوجه والحركة باستقلالية. أضف إلى ذلك



القصور الناتج عن الإعاقة البصرية، فلنا أن نتخيل ما سوف يترتب على ذلك من مصاعب ومشكلات تواجه الكفيف خلال عملية التوجه والحركة، هذا بالإضافة إلى ذلك القصور الناتج عن عدم توفر الفرص المناسبة لتدريب تلك الحواس أو وجود تلك الفرص ولكن مع أساليب تدريبية غير مناسبة كل ذلك سوف يؤثر بشكل سلبي على عملية التدريب والتعلم التي يتعرض لها الطفل الكفيف لإكسابه مهارات التوجه والحركة بقدر من الاستقلالية.

(٢) معامل ذكاء الكفيف:

لاشك أن معامل الذكاء يرتبط بشكل مباشر بعملية تدريب الطفل الكفيف وإكسابه المهارات والمعلومات اللازمة لعملية الحركة، فالذكاء كمحصلة للقدرات أو كقدرة عامة يشتمل على العديد من القدرات الطائفية والفرعية التي ترتبط بمهارات الطفل وإمكانية اكتسابها، وخاصة تلك القدرات التي تمكنه من اكتساب المعلومات وتوظيفها وإدراك العلاقات والربط بينها والتذكر والتخيل والفهم والتمييز وغيرها من القدرات العقلية التي تسهم إسهامًا فعالاً في عملية تدريبه وتعليمه طرق ووسائل التوجه والحركة، إن ارتفاع درجة فاعلية تلك القدرات يعني ارتفاعًا في معامل الذكاء، كما يعني بمعنى آخر سرعة في اكتساب المهارات والمعلومات وتوظيفها ومهارة أفضل في الأداء من حيث المستوى وإتقانه لما يتم تعلمه بالقدر الذي يؤهل الفرد للتنقل والحركة بسهولة ومرونة وبشكل أفضل أي انه كلما كان معامل ذكاء الطفل الكفيف أعلى كلما كان أكثر إقبالاً على التدريب واستيعابًا للمعلومات واكتسابًا للمهارات وسرعة في الأداء واتقانًا لتوظيف الحواس ولديه القدرة على الربط بين العلاقات ومن ثم إمكانية التوجه والحركة باستقلالية وأمان.

(٣) الحالة النفسية للكفيف:

من الثابت علميًا أن الاتزان والاستقرار الانفعالي من العوامل المهمة والمؤثرة بشكل مباشر في حياة الفرد سواء كان مبصرًا أو كفيفًا، ذلك أن هذا العامل يمكن الفرد من التفكير السليم والتعامل بشكل إيجابي مع المشكلات والتفاعل السوي مع المواقف المختلفة، وكذلك سرعة اتخاذ القرارات الصحيحة في الوقت المناسب وغيرها من التداعيات الإيجابية التي تتولد عن الاستقرار والاتزان الانفعالي، ولاشك في أن تلك الحالة تؤثر إلى حد كبير على عملية تدريب الكفيف وتعلمه واكتسابه للمهارات والمعلومات التي تمكنه من التوجه والحركة، فاستقرار الحالة النفسية للكفيف واتزانها يساعده على التفاعل بإيجابية مع المواقف والخبرات المعرفية والاجتماعية ويمكنه من سرعة إدراك تلك المواقف واستنتاج عناصرها والربط بين جميع عناصر الموقف للخروج بمعلومات ودلالات إرشادية تيسر له عملية التوجه والحركة أو اتخاذ ما يصل إليه من قرارات ترتبط بالموقف الذي يكون بصدده، أما

اضطراب الاتزان الانفعالي فسوف يؤدى به إلى التردد والتشكك وبطء التفكير والسلوك الذي يمكن أن تترتب عليه نتائج لا تكون غالبًا في صالحه، بل يمكن أن تؤدى إلى تعقيدات وصعوبات أكثر في الموقف الذي يمر به.

(٤) تسهيلات المجتمع للكفيف:



إن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الكفيف من المجتمع سواء كان ماديًا أو معنويًا له من التأثير على عملية تدريبه وتعليمه ما يعمل على دفعها للأمام واستمرارها أو التباطؤ فيها وأحيانًا عدم الإقبال عليها، ذلك أن طبيعة ما يقدم للكفيف من تسهيلات مادية كالأجهزة والأدوات وأخصائيي التوجه والحركة المؤهلين ذوي الخبرة ومواعيد التدريب وأماكنه ووسائل التعزيز والتشجيع المادية وغير ذلك، وكذلك التسهيلات الأخرى كالاتجاهات الإيجابية وأساليب التنشئة السوية وأساليب التشجيع النفسية كل ذلك من شأنه أن يؤثر تأثيرًا بالغًا في عملية التدريب والتعلم كمًا وكيفًا؛ وبالتالي يؤثر على استجابة الكفيف وردود أفعاله حيال المواقف المختلفة التي يواجهها خلال عملية التوجه والحركة.

(٥) الدافعية للتدريب:

تتأثر عملية تدريب الكفيف على التوجه والحركة بمدى دافعيته وحماسه إلى ذلك ورغبته في تلك العملية، وذلك يعني أن قوة إقباله على التدريب وانخراطه فيه وتحمله لما

يواجهه من مصاعب وتفهمه للإجراءات والخطوات والمعلومات يتوقف على تلك الدافعية التي تتأثر بالكثير من العوامل المتصلة مثل: اتجاهاته نحو ذاته، واتجاه الآخرين نحوه، وأساليب التنشئة، والإمكانيات ومدى توافرها، والحالة النفسية والصحية للكفيف، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة، ومفهوم فقدان البصر لديه، وطبيعة الخدمات والتسهيلات المقدمة ومدى الدعم والمؤازرة .. فكلها تعد منظومة واحدة تتفاعل أبعادها وعناصرها لتثمر في النهاية دافعية نحو العمل باهتمام وحماس أو بتواكل وعدم اهتمام أو بالانصراف عن العمل تمامًا، لذا فإن دافعية الكفيف لقبول عملية التدريب والتعلم على التوجه والحركة أو عدم اقتناعه بها تعد عاملاً مهمًا في تلك العملية سواء بتوافر الدافعية بدرجات قوتها المختلفة أو عدم توافرها أساسًا.

(٦) خبرات الكفيف السابقة:

يقصد بذلك ما تم اكتسابه من معلومات ومهارات ومفاهيم وأساليب سلوك وغيرها قبل الانخراط في عملية التدريب وتعتبر من العوامل ذات الأهمية والتأثير المباشر في تلك العملية، إذ إن الخبرات السابقة للكفيف تساعده في فهم وتفسير وإدراك طبيعة ما يصادفه أو يعترضه خلال عملية التوجه والحركة من مفاهيم أو معلومات أو علاقات أو عناصر في البيئة أو علامات إرشادية؛ وبالتالي تمكنه من إدراك العلاقات والربط بينها للقيام بسلوك ما بناء على ذلك أو عدم القيام به، كما أنها تيسر له عملية الاستنتاج وإدراك المفاهيم والتي تعد عنصرًا مهمًا في أسلوب مواجهة الكفيف لما يعترضه من عوائق وعقبات خلال عملية تنقله وتتأثر الخبرات السابقة للكفيف كمًا وكيفًا بعدد من العوامل المهمة مثل: العمر الذي أصيب فيه بالإعاقة البصرية، وشدة الإعاقة، وأسلوب التنشئة الوالدية، وقدرة الكفيف على التركيز والانتباه، بالإضافة للمستوى الثقافي للأسرة، ومدى توفر الإمكانيات والوسائل الثقافية واستخدامها في الأسرة.. وغيرها من العوامل التي تلعب دورًا مهمًا في تشكيل الخبرات السابقة للكفيف والتي تؤثر بدورها في كيفية اكتسابه للمعلومات والمهارات وتوظيفها أثناء عملية التدريب على التوجه والحركة التي يتعرض لها الكفيف.

(٧) التفاعل الاجتماعي للكفيف:

إن تعامل الطفل الكفيف مع البيئة المحيطة من حوله سواء كانت أشخاصًا أو مواقف أو عناصر أو أحداثًا له من التأثير قدر بالغ الأهمية لا يمكن إغفاله حيث إن تفاعل الكفيف مع تلك المفردات يمكنه من اكتساب المفاهيم والمعلومات والمهارات التي تسهم بقدر لا بأس به في عملية التدريب، فالكفيف باحتكاكه بالأشخاص سواء كانوا إخوة أو أصدقاء أو جيران يكتسب منهم معلومات ومفاهيم دقيقة وصحيحة عن كل ما يجري في البيئة وعن الأحداث والمواقف المختلفة، كما أن تعرضه للمواقف والأحداث تعطي له صلابة وقدرة على التحمل وإدراكا لكيفية التوجه مع تلك المواقف ومعرفة طبيعتها، كما أن اشتراك الكفيف في الأنشطة الثقافية والاجتماعية والترفيهية والرياضية - المناسبة له - تكسبه خبرات ومعلومات ومهارات لا حدود لها وتخرجه من عزلته أو عالمه المحدود كل ذلك يزيد تفاعله الاجتماعي ويولد لديه رغبة في التحرك والتنقل ومحاولة الإطلاع على كل ما يدور في البيئة ومن ثم يساعده ذلك في إتقان التدريب وإجادة الطرق والأساليب المتبعة، وكيفية تحليل المواقف والأحداث التي يتعرض لها ومن ثم اختيار الأسلوب المناسب لكل موقف حسب ما تمليه عليه عمليات الربط والاستنتاج التي يتوصل إليها.

أساليب التوجه والحركة

هناك العديد من الأساليب التي يستخدمها المكفوفين أثناء السير، وتختلف هذه الأساليب باختلاف نمط شخصية الكفيف، ومدى ارتياحه لطريقة دون أخري، هذا إلى جانب طبيعة وظروف البيئة التي يعيش بها، ومطالب الكفيف واحتياجاته، كل العوامل السابقة هي التي تحكم اختيار الكفيف لطريقة من الطرق التالية:

(١) أسلوب السير مع المرشد المبصر (Sighted Guide Technique)

(٢) أسلوب استخدام العصا الطويلة (Long Cane Technique)

(٣) أسلوب استخدام الكلب المتدرب كمرافق (Guide Dog Technique)

(٤) استخدام الأجهزة الحديثة في الحركة والتنقل (Electronic Mobiltiy).

أولاً : المرشد المبصر (Sighted Guide)

المرشد أو المرافق: هو الشخص الذي يقود الكفيف شفويا وجسديا للتعرف والانتقال ضمن المواقع المختلفة.



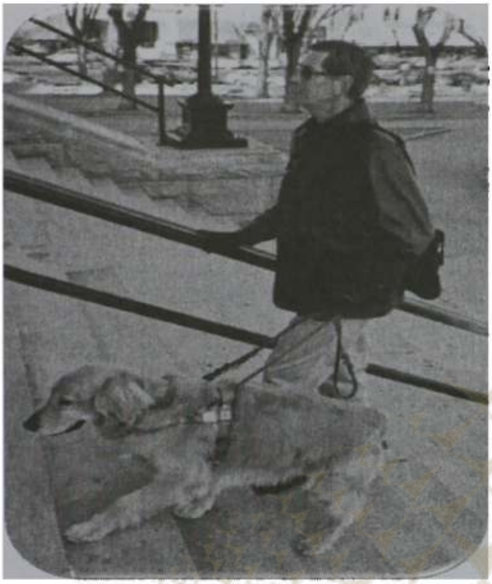
تعتبر هذه الطريقة من أكثر الطرق شيوعا في مجتمعنا العربي حيث يقوم شخص مبصر بإرشاد وقيادة الشخص الكفيف وهو ما سيعتبره أخصائي التوجه والحركة بالثقة للشخص الكفيف ويلجأ الكفيف لذلك كي ينتقل بأمان وبشكل مريح وهناك عدداً من الخطوات يجب على أخصائي التوجه والحركة (المرشد) أن يتبعها حتى يكون الحركة فعالا بالنسبة للكفيف وهي :

هذا الأسلوب يتطلب وجود مرشد مبصر يسير مع الكفيف أثناء تحركه وإنتقاله من مكان إلى آخر، ويمكن أن يستخدم هذا الأسلوب لوحده وممكن أن يشترك معه أساليب أخرى مثل العصا الطويلة أو الكلب المرشد.

ومن أهم الخصائص التي يجب توفرها في المرشد المبصر عند تنفيذ هذا الأسلوب هو أن يكون على علم ودراية بكيفية قيادة الشخص الكفيف عند الحركة وأن يكون قادرًا على كسب ثقة الكفيف وإشعاره بالأمان والطمأنينه عند مرشدته له.

ثانيًا: أسلوب استخدم الكلب المتدرب كمرشد

هذا النظام من أنظمة الحركة، يتطلب استخدام الكلاب كمرشد للأشخاص المكفوفين من أجل وقاية الكفيف من أماكن الخطر التي قد يتعرض إليها أثناء تحركه وانتقاله من مكان لآخر، وهذا يمنح الكفيف ثقة وسرعة وحرية في الحركة حيث يقوم الكلب المرشد بعمل الدليل أو المرشد، ولكن معظم المؤسسات التي تدرب تلك الكلاب سوف يطلبون أو



يوصون بأن المتقدم يطلب قد حصل على التعليمات والخبرة في برنامج خدمات التوجه والحركة قبل قبولهم للتدريب مع الكلب.

والمعلومات التالية بشأن الكلاب أخصائي التوجه والحركة وطريقة تدريبهم لأغراض التعريف فقط:

توفر الكلاب أخصائي التوجه والحركة طريقة سريعة في الحركة بأمان وصحبة لهؤلاء الذين اختاروا استخدامهم، بينما توجد نسبة ضئيلة من المعاقين بصريًا يتنقلون باستخدام الكلاب كمعاون الحركة الأساسي لهم، واستخدام الكلاب أخصائي التوجه والحركة يعتبر مفيدا جدًا للأشخاص اللائقين طبيًا والذين يجب عليهم الانتقال كثيرًا في بيئات مختلفة.

هذه الكلاب أخصائي التوجه والحركة غالبًا من نوع لارادور أو جولد ريتريفرز Labrador أو golden Retrievers أو الشيرد الألماني German Shepherds بالرغم من استخدام الأنواع الأخرى أحيانا، ويجب أن تتحلى هذه الكلاب المختارة للتدريب ببعض الخصال بما في ذلك الذكاء والسلوك المستقر.

يخوض كل كلب تدريبًا مكثفًا قبل أن يتقرر تسليمه إلى الشخص الذي سوف يتعامل معه. ويتم تدريب الكلب على الاستجابة إلى الأوامر الأساسية مثل "اجلس" ، "ابق" "تقدم للأمام" "يسار" و "يمين". ويجب أن يتعلم كيف يتصرف بشكل صحيح عند الحواجز والمشاة والمرور والعوائق والمعوقات المتدلية المنخفضة. وبالإضافة يجب أن يكون الكلب قادرًا على عدم الطاعة بذكاء عند رفضه التقدم عندما يكون هناك خطرًا أمامه.



ويتم تدريب الكلب مع مستخدمه لحوالي أربعة أسابيع ويرتدي الكلب لجامًا مع يد على شكل الحرب U مع باقة للرقبة. يسير صاحب الكلب إلى يمين الكلب ممسكًا بوسط يد الطوق ومع المقود بيده اليسرى. ويوفر اللجام حلقة وصل بين الكلب وصاحبه عند السير وبهذا يسمح للمستخدم أن يشعر ويتبع حركات جسم الكلب. ويستخدم المقود من قبل صاحب الكلب للتحكم في الكلب عندما يكون اللجام غير مستخدم. ويمكن استخدام المقود أيضًا لتهذيب الكلب. وإذا تصرف الكلب بشكل غير صحيح يمكن لصاحبه أن يصحح سلوكه عن طريق شدة قوية على المقود.

ثالثًا: أسلوب استخدام الجياد المرشدة



شهدت السنوات الأخيرة انتشار الجياد كحيوانات مرشدة للمكفوفين وفقًا لما ذكرته مؤسسة الجياد الإرشادية The Guide Horse Foundation والتي تأسست في عام ١٩٩٩ بوصفه برنامجا تجريبيا لتدريب الخيول الصغيرة لاستخدمها في إرشاد دليل المكفوفين. إن استخدام الحصان المرشد Guide horse كبديل للكلب المرشد وهو الذي نال قدرًا

كبيراً من الاهتمام في الصحافة والتلفزيون وذلك عند تدريب اول دفعة من الجياد على ذلك وتسليمها لأصحابها في ربيع عام 2001 مما دفع بالكتابة الروائية كورنويل Patricia Cornwell إلى ان تعلن عن أنها سوف تكتب عن شخص كفيف يستخدم الحصان المرشد في روايتها التالية التي تحمل عنوان جزيرة الكلاب of dogs وتذهب مؤسسة الجياد الإرشادية كما يشير فيرث (2001) Firth إلى ان مثل هذه الجياد الصغيرة تمتاز عن الكلاب الإرشادية في العديد من الأمور من أهمها ما يلي:

(١) العمر الطويل: يمكن أن يعيش الحصان أكثر من ٥٠ عامًا، و متوسط عمره يتراوح بين ٣٠- ٤٠ سنة. بينما وفقا لدليل مدربي الكلاب ، فإن أعمارها تتراوح بين ٨- ١٢ سنة.



(٢) اقل من حيث التكلفة : إن تدريب كلب مرشد يمكن أن يصل إلى ٦٠٠٠ دولار ، وفقا لدليل مستخدمي الكلاب المرشدة. وبالتالي ، الحصان دليل يمكن أن يكون أقل تكلفة.

(٣) افضل قبولاً : الكثير من المكفوفين يفضلون استخدام الجياد المرشدة عن الكلاب وهذا قد يتماشي مع التوجه في العالم العربي.

(٤) طبيعتها الهادئة: تتسم الخيول بطبها الهادئ للغاية عن الكلاب وخاصة في حالات الزحام.

(٥) ذاكراته قوية: الخيول تملك ذاكرة هائلة. الحصان بطبيعة الحال يتذكر اماكن الخطر ولا يقترب منها .

(٦) الرؤية الممتازة: لأن الجياد لها عينان على جانبي رؤوسهم ، فلديهم مدى واسع جدا من الرؤية، مع مجموعة من ما يقرب من ٣٥٠° .

(٧) التركز: تمتاز الخيول بالتركيز على عملهم وليس من السهل تشتيتها .

(٨) عالية التحمل : الجياد المرشدة يمكنها بسهولة السفر اميالا كثيرة في نزهة واحدة.

(٩) دماثة الخلق: تتسم الخيول بالطاعة والالتزام أثناء السير.

رابعًا : الأدوات والأجهزة التي يستخدمها الكفيف خلال عملية الحركة المستقل :

إن الحركة المستقل يتطلب إكساب الكفيف عددا من المهارات بتدريبه عليها ومحاولة تنميتها كما يحتاج إلى عدد من الأجهزة والأدوات التي تساعده في تحديد العوائق والعقبات والاتجاهات وكذلك تدله على طبيعة المكان ومن ثم تسهل له عملية الحركة المستقل بسهولة وأمان وقد استخدمت بعض تلك الأدوات منذ زمن بعيد والبعض الآخر يعتبر من الأجهزة الحديثة التي ظهرت نتيجة البحث والدراسة من اجل تمكين الكفيف من التوجه والحركة باستقلالية إلى حد كبير ومن أهم هذه الأدوات والأجهزة ما يلي :

مجموعة الأدوات التي تعمل بالموجات الصوتية :

يستخدم المكفوفين عدداً من الأدوات التي لا تستخدم منفردة ولكنها مصاحبة للعصا الطويلة ويعتمد الكفيف على حواسه في استخدامها وهي أدوات مساعدة تعمل على تسهيل عملية الحركة ومن أهمها :

(١) المرشد الصوتي Sonic Pathfinder :

(٢) جهاز موات MOWAT Sensor :

(٣) الدليل أو الموجه الصوتي :

(٤) جهاز راسل لاستطلاع الطريق :

(٥) جهاز الحساس ٦ (sensory6)

(٦) جهاز بولارون (Polaron)

(٧) محدد طريق الكرسي المتحرك Wheelchair Pathfinder

(٨) نظام التحديد الجغرافي العالمي GPS Technology

(٩) جهاز نوتنجمهم لاكتشاف الحواجز

(١٠) جهاز تريكر Treekker

ولزيد من لتعرف على هذه الأدوات انظر الفصل الرابع من كتاب التوجه والحركة للمؤلف الحالي.

خامساً : العصي

وقد أصدر الاتحاد الدولي للمكفوفين ما يعرف بقانون استخدام العصا ليؤكد أن الأشخاص المكفوفين الذين يستخدمون العصا الحق في ارتياد الأماكن العامة مثل المبصرين، وهذا يعني أن لهم الحق في أن يحملوا معهم العصي البيضاء وأن يصطحبوا المرشد خلال تجوالهم داخل الأماكن والأبنية والمكاتب والمطاعم وأماكن الترفيه والمتاجر وأماكن العمل وفي الحافلات والسيارات والقطارات والطائرات وجميع الأماكن العامة.

أهمية استخدام الأشخاص المكفوفين للعصا:

تتعدد استخدامات العصا، فالشخص الكفيف يستخدمها في واحد أو أكثر من الاستخدامات التالية:

(١) معرفة نوع وخصائص الأرض التي يسير عليها.

(٢) تحديد نوع وحجم ومساحة العوائق أو العقبات الموجودة في الطريق، وبالتالي تجنبها وعدم الاصطدام بها أو الوقوع في الحفر في حالة وجودها.

(٣) تحديد مسار السير والتوجه في المكان وتحديد عرض الطريق أو اتساعه.

(٤) التمكن من تتبع الأرصفة والجدران أثناء السير وتتبع بعض العلامات الخاصة التي توضع لمكفوفين، مثل تلك العلامات الأرضية التي توضع في أرصفة القطارات أو الحافلات.

(٥) جذب انتباه الآخرين وتعريفهم بأن الشخص كفيف، وبالتالي تقديم مساعدة له أو مساعدته لتجنب الاصطدام بعائق أو التخفيف من سرعة قيادة المركبة لتمكينه من عبور الطريق، وغير ذلك من الأمور التي قد يحتاجها الشخص الكفيف.



أو ما تعرف بالعصا التقليدية أو عصا هوفر. وتسمي بالعصي الطويلة لأنها أطول من العصي الاعتيادية التي تستخدم لأغراض المساعدة أو حفظ التوازن. وهي من أكثر الأدوات المهمة في تدريب المكفوفين على مهارات التوجه والحركة وكذلك من اكثرها انتشارًا واستخدامًا لدى المكفوفين خلال عملية الحركة.

إن العصي الطويلة تشبه الجهاز البسيط والذي يجب أن يدرب الشخص الكفيف على استخدامها حتى تحقق الفائدة المتوقعة منها، وبملاحظة المهارة التي يتمتع بها الشخص الكفيف فإنه يعرف كيف تعمل وسهولة التعامل معها ويدرك أهمية ضرورة التدريب الذي يجب أن يخضع إليه الكفيف ولضمان فاعليتها. وتستعمل العصي الطويلة من خلال ملامستها بلطف للسطح والحصول على المعلومات السمعية واللمسية كما يتطلب استعمالها التنسيق بين حركة الأرجل أو الشخص وحركة العصي ويبدأ التدريب على استخدام العصي مبكرًا ما أمكن وذلك حتى يكتسب الطفل الكفيف بشكل مبكرًا ما امكن مهارات الحركة .



عصا تيلفو

وهناك أنواع عديدة من العصا المساعدة والمصممة لتلبية حاجة المكفوفين فمنها العصا العادية والتي يستخدمها معظم المكفوفين وتتكون من : المقبض وهو الجزء الملتوي ويقع في أعلى العصا، وجسم العصا وهو الجزء الرئيسي المستقيم الذي يقع ما بين المقبض في العصا ونهاية العصا ثم الكسوة وهي ملتصقة بجسم العصا ثم الكعب وهو جزء صلب يغلف نهاية العصا حتى يحميها من التآكل، هذا

وتوجد عدة أنواع من هذه العصا فمنها العصا الصلبة وهي عبارة عن قطعة واحدة مصنوعة من الألمونيوم كما في حالة عصا تيفلو Typhlo او الخشب كما في حالة عصا ذي ليون Lion`s club او الفيبر جلاس او البلاستيك.

وفي العصا التي تتكون من اجزاء تطوى Folding حيث يمكن طي هذه العصا ووضعها في الجيب أو الحقيبة عند عدم الحاجة لاستخدامها ومنها العصا التي يدخل بعضها في بعض Telescope.

ومن العصا ما يسمى بالعصا البيضاء وتعتبر من أكثر الأدوات التي يستخدمها المكفوفون عند تنقلهم وهي تمنحهم قدرا من الاستقلالية في الحركة من مكان لآخر دون الاعتماد على الآخرين، كما توفر لهم حماية كبيرة وتحذيرا مبكرا من اخطار الاصطدام بالعوائق والعقبات أو التعرقل بالمعيقات الأرضية اثناء السير والتي يمكن أن تبرز امامهم بشكل عمودي كالأشجار واعمدة الإنارة وغيرها كما تحذرهم من التغيرات التي تحدث فجأة أثناء السير كهبوط مستوى المكان الذي يسيرون فيه كأن يكون أمامهم حفرة أو إصلاحات في الطريق أو نهاية الرصيف الذي يسيرون عليه او أن هناك سلم او باب او غير ذلك وتعتبر العصا البيضاء مميزة لمن يحملها فإن معظم من يحملها هم المكفوفون وأي كان نوع العصا المستخدمة فإن هناك عددا من الاعتبارات يجب أن تتوافر في تلك العصا ومن أهمها :أن يكون جسم العصا _ الجزء الرئيسي _ مستقيما ويطلق عليه أحيانا المحور من المقبض وحتى نهايتها.

- يجب أن تتوافر العصا بأطوال مختلفة حتى تناسب من يستخدمها.
- ضرورة أن يراعي خفة وزن العصا حتى لا تؤثر على توازن مستخدمها خلال عملية الحركة.
- ان تكون عديمة التوصيل للتيار الكهربائي أو الطاقة الحرارية حتى لا تؤذي من يستخدمها.
- أن يكون شكلها العام مقبول فلا هي مشوهة أو بها عيوب.

❖ يراعي عدم صدور اصوات مزعجة عنها نتيجة تلامسها مع الأرض.

❖ ان تكون واضحة ومرئية للآخرين.

وقبل تحديد فيما إذا كان الطفل يحتاج إلى استعمال العصي فإنه يجب علينا اخذ بعين الاعتبار عوامل كثيرة لضمان فاعليها:

أ- مقدار ابصار الطفل.

ب- القدرة على التعامل مع العصي الطويلة خلال المشي.

ج- البيئة التي يتعامل معها المألوفة وغير المألوفة.

وهناك اختلاف حول أي الأعمار يعتبر الأفضل في استعمال العصي الطويلة فالبعض يري انه كما كان مبكرًا ما امكن كان أفضل والبعض الآخر يري الانتظار حتى يطور الطفل الكفيف المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة المناسبة. وكذلك تطوير المهارات الإدراكية مثل القدرة على قبض العصي الطويلة شكل صحيح والقدرة على اتباع تعليمات استعمال المفاهيم الفراغ المكانية مثل في الأمام أو الخلف أو فوق او تحت، ويستفيد الطفل من العصي الطويلة إذا استعملها، وفي النهاية فإن أخصائي التوجه والحركة يحدد متى يحتاج الطفل الكفيف إلى استخدام العصي الطويلة وفيما إذا كان يحتاج إليها،

اعتبارات يجب أن يراعيها أخصائي التوجه والحركة:

بعد هذا العرض لطرق تدريب الكفيف على التوجه والحركة كان من المهم والضروري أن يدرك مدرب الطفل الكفيف ان هناك عددًا من الاعتبارات التي يجب أن ينتبه إليها أخصائي التوجه والحركة عند قيامه بمهمة التدريب ومن أهمها :

❖ ضرورة إلمام الطفل الكفيف بطبيعة ومعنى التوجه والحركة.

❖ التأكد من وجود أية بقايا بصرية لدى الطفل الكفيف كي يمكن توظيفها والاستفادة منها في عملية التوجه والحركة.

❖ توجيه الاهتمام إلى تدريب وتوظيف واستثمار الحواس الأخرى لدى الكفيف للاستفادة منها خلال عملية الحركة.

❖ محاولة تزويد الطفل الكفيف بكافة المعلومات والبيانات الوصفية التي تمكنه من إتمام عملية الحركة باستقلالية وأمان.

❖ تعويد الطفل الكفيف على عدم التردد في طلب المساعدة في المواقف التي تتطلب ذلك أو البيئة الجديدة على الكفيف.

❖ إعطاء أكبر قدر من جهود التدريب لاستخدام الطفل الكفيف للعصا في عملية الحركة لأنها الأداة الأكثر توفرا ولأنها أكثر اقتصادية من الأدوات الأخرى.

❖ كلما كان التدريب جاداً وبرامجه ذات جدوى كلما أعطى ذلك للطفل الكفيف ثقة أكبر وشعورا بالأمان أفضل.

❖ يعتمد تقديم البرامج التدريبية الخاصة بعملية التعلم للطفل الكفيف على طبيعة الاتجاهات الوالدية وتؤثر ذلك في تقدم الطفل ومدى استعادته من تلك البرامج.

❖ تتوقف قدرة الكفيف على الحركة باستقلالية وبأمان على عدد من العوامل من أهمها عمر الكفيف ودرجة إعاقته ومدى ثقته بنفسه وخبراته السابقة وكذلك كفاءة حواسه الأخرى وقدراته وطبيعة البرنامج التدريبي المقدم إليه وجدية التدريب وكثافته.

❖ ضرورة أن تبدأ برامج التدريب على الحركة في سن مبكرة كما سبق القول منذ السادسة أو السابعة من عمر الطفل الكفيف وتكون بشكل جزئي وأما بعد التاسعة فيصبح البرنامج مكثفاً وطويلاً حتى سن الثانية عشرة وكلما تقدم عمر الفرد فإن طبيعة البرنامج المقدم يعتمد على قدرات الفرد واستعداداته وحاجاته وكذلك وضعه الاجتماعي.

❖ عندما يرافق أخصائي التوجه والحركة الكفيف فيجب أن يستخدم أخصائي التوجه والحركة طريقة المرشد أو أخصائي التوجه والحركة المبصر حيث إنها أكثر مرونة ولا حاجة فيها للتعليمات اللفظية وتوفر الوقت ويعدل الكفيف خلالها من استراتيجيات تنقله.

❖ أن تعريض الوالدين والأسرة لبرامج تدريبية وإرشادية تعمل على تشجيعهم على مساعدة الطفل الكفيف ومتابعة تدريبه على عملية التوجه والحركة وكذلك تعديل اتجاهاتهم السلبية نحو طفلهم.

- لا يتردد الكفيف في طلب المساعدة عند حاجته إليها ولكن بشكل مقتصد فيه وفي حالات خاصة كعدم استخدامه للعصا في بيئته لسبب او لأخر او عند اختياره الألوان سواء في الملابس أو غيره وكذلك عند قراءة الرسائل العادية أو الحركة بالمواصلات الغير مألوفة لديه أما في غالب الأحيان فمن المهم والضروري أن يعتمد الكفيف على نفسه ويثق بقدراته لكي يمارس الاستقلالية الحركية وكلما شعر بالأمان والثقة كلما استغنى عن العون والمساعدة من الآخرين.
- من المهم أن يقوم بعملية تدريب الطفل الكفيف على التوجه والحركة مدرب ذو خبرة كافية ومؤهل تأهيلا علميا ويتمتع بقدر من الصبر والتأني ويتحلى بعدد من الصفات التي تناسب العمل مع فئات المعاقين (الببلاوي، ٢٠١٠).

إبراهيم، أحمد (٢٠٠١). تقويم دور التوجيه الاجتماعي في تحقيق التنمية المهنية للأخصا الاجتماعي بالمدارس في ضوء التحولات الجديدة ، المؤتمر العلمي الثاني عشر ، كل الخدمة الاجتماعية ، الفيوم.

إبراهيم، سيد (١٩٩٥). نحو نموذج مطور لممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي ، رسا دكتوراه (غير منشورة)، كلية الخدمة الاجتماعية (الفيوم) ، جامعة القاهرة.

إبراهيم، مروان (٢٠٠٢). التمارين البدنية والعلاجية لتشوهات المكفوفين القوامية، عمان: اليازوري.

أبو النيل، محمود (١٩٩٦). دور الأخصائي النفسي المدرسي في التوجيه التربوي والمهني، الدر التأسيسية الأولى للأخصائي النفسي المدرسي، مركز البحوث والدراسات النفس جامعة القاهرة، في الفترة من ٣١أغسطس – ٥ سبتمبر. ص ص ٢٧ – ٥٧.

أبو حلتم، سعيد (٢٠٠٥). مهارات السمع والتخاطب والنطق والكلام، دار أسامة: عمان.

أبو عباة، صالح ، ونيازي، عبد المجيد (٢٠٠١). الإرشاد النفسي والاجتماعي، الرياض: مكت العبيكان.

أبو عيطة، سهام (١٩٩٧). مبادئ الإرشاد النفسي، ط٢، دار القلم: الكويت.

أبو عيطة، سهام ، الرفاعي، بتول (١٩٨٨). دور المرشد التربوي في تحقيق أهداف العمل التربوية الأكاديمية والمهنية والنفسية في المرحلة الثانوية، المجلة التربوية، ع (١٥) (٤) كلية التربية، جامعة الكويت، ص ص ٣٠٥– ٣٤١.

ابو عيطة، سهام درويش (١٩٩٧). مبادئ الإرشاد النفسي،دار الفكر للطباعة والنشر: عمان.

أبونيان، إبراهيم (٢٠٠٦).الاستشارة والعمل الجماعي المفاهيم والخصائص والمعوقات ورقة عم مقدمة للمؤتمر العربي التاسع "رعاية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة في الو العربي" (الحاضر والمستقبل)، جامعة بنها.

الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر (٢٠٠٥) ، الكتاب الأبيض للتدخل المبك ترجمة تيسير عبود، مدريد: الناشر الجمعية الملكية للإعاقة.

أحمد الزغاليل، وحسين الشرعة (١٩٩٨). الأدوار والوظائف الإرشادية للمرشد التربوي المعهد أو البرنامج الأردنية والاختلاف في ممارستها تبعاً لمتغيرات الجنس والعم والمؤهل والخبرة والتخصص، مجلة مركز البحوث التربوية، ع(١٤)، السنة (٧)، جام قطر، ص ص ١٦٥– ١٩٠.

أحمد، سهير (١٩٩٨). التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

إدارات التربية والتعليم بالمملكة العربية السعودية (٢٠٠٦) . مهام وواجبات المرشد الطلابي في المدرسة(المعدلة) http://www.mhaedu.gov.sa/vb/showthread.php

استيورت، جاك (١٩٩٦). **إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين**، ترجمة: عبد الصمد الأغبري وفريدة آل مشرف، الرياض: جامعة الملك سعود للنشر العلمي.

الاسدي، سعيد وإبراهيم، مروان (٢٠٠٣). **الإرشاد التربوي – مفهومه،خصائصه،ماهيته**، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

الأشول، عادل (١٩٩٣). الضغوط النفسي والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقلياً، **مجلة الإرشاد النفسي**، ع (١)، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس، ص ص ١٥ – ٣٥.

إطعام ذوو الاحتياجات الخاصة http://www.ibtesama.com /vb /showthread-t

الأنصاري، أحمد (١٩٩٦). الصعوبات والمشكلات في الرعاية الأسرية للطفل المعاق وحالات من الواقع الإكلينيكي، **سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية**، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي. المنامة. ع (٣١)، ص ص ١٥٥- ١٣٧.

الأنصاري، صالح (١٩٩٧). **تعزيز الصحة من خلال المدارس، تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية حول التعليم والتعزيز الصحي المدرسي الشامل**، ط٢، وزارة المعارف : الرياض.

أهمية ممارسات الفن في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة http://www.art.gov.sa /vb/t12174.html

إيفانز، جويس (٢٠٠٥). **العمل مع أولياء أور الأطفال ذوي الإعاقات**، ترجمة عبد الله الوابلي، طارش الشمري، الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

بار، معمور، و أمير خان، محمد (١٩٩١). الممارسات الواقعية والمثالية لعملية التوجيه والإرشاد كما يدركها طلاب المرحلة الثانوية في بعض مدن المملكة العربية السعودية، **سلسلة البحوث التربوية والنفسية** (٤٢)، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، ص ص ٥- ٩٥.

الببلاوي، إيهاب (٢٠٠٣) . **اضطرابات النطق** ، القاهرة : دار النهضة المصرية.

الببلاوي، إيهاب (٢٠٠٤ أ) . **مقياس كفاءة النطق المصور** ، الرياض : مكتبة الزهراء.

الببلاوي، إيهاب (٢٠٠٤ ب). **توعية المجتمع بالإعاقة " الفئات – الأسباب – الوقاية "**، الطبعة الثانية، الرياض: مكتبة الزهراء.

الببلاوي، إيهاب (٢٠٠٧) . **دليل الوالدين والمعلمين في تدريب الأطفال على النطق** ، الرياض : مكتبة الزهراء.

البيلاوي، إيهاب (٢٠١٠ أ) . **اضطرابات التواصل**، الرياض : مكتبة الزهراء.

البيلاوي، إيهاب (٢٠١٠ ب) . **مهارات التوجه والحركة للمكفوفين**، الرياض : مكتبة الزهراء.

البيلاوي، إيهاب و عبد الحميد، أشرف (٢٠٠٤) . **التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي " إستراتيجية عمل الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة "**، الرياض : مكتبة الزهراء.

البيلاوي، إيهاب و عبد الحميد، أشرف (٢٠٠٥). مهام ومعوقات الأخصائيين النفسيين بمعاهد وبرامج التربية الخاصة من وجهة نظرهم ،، **مركز الخدمة للاستشارات البحثية " شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية "**، كلية الآداب - جامعة المنوفية، ع ١٧.

البشير، بشرى محمد (٢٠٠٦). **مهام أخصائي التغذية العلاجية** http://www.moh.gov .sa/ar/modules/news/article.php? storyid=341.

التركي، يوسف (٢٠٠٥). **تربية وتعليم الصم وضعاف السمع**، المؤلف: الرياض.

التميمي، أحمد (٢٠٠٩). استخدم الانترنت في تدريب أولياء أمور الأطفال المعاقين ومساندتهم في مرحلة التدخل المبكر ، **المؤتمر الثالث للجمعية الخليجية للإعاقة**، الدوحة.

الجراح، عبد المهدي، والعجلوني، خالد (٢٠٠٥). استخدام التكنولوجيا لخدمة ذوي الحاجات الخاصة، **ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر التربية الخاصة العربي: الواقع والمأمول**، في الفترة من ٢٦- ٢٠٠٥/٤/٢٧، الجامعة الأردنية: عمان.

الجوير، إبراهيم (٢٠٠٣). مدى تطبيق الاشتراطات العامة والخاصة بخدمات المعاقين في المباني الهامة بمدينة الرياض، **ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة** ، الفترة من ٢٧ – ٢٩ إبريل، الرياض، ص ص ٢٤٧ - ٢٨٠.

الحداد، عبد الله عيسى (١٩٩٦). **التربية الخاصة من منظور التربية الفنية**، الكويت، مكتبة الفلاح.

الحديدي، مني، و الصمادي، جميل، و الخطيب، جمال (١٩٩٤). الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال ذوي الإعاقات، **دراسات (العلوم الإنسانية)**، م ٢١(ا)، ع ١ ص ص ٧- ٣٤.

الحراحشة، سالم (١٩٩٢). فعالية خدمات التوجيه والإرشاد من وجهة نظر المديرين والمرشدين في المدارس الثانوية في محافظة إربد، **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة اليرموك.

الخطيب، جمال (٢٠٠٣)، **إرشاد أسر غير العاديين**، الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

الخطيب، جمال (٢٠٠١). **أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات**، الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

الخطيب، جمال (٢٠٠٤). تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية، دار وائل، عمان.

الخطيب، جمال (٢٠٠٥أ). استخدامات التكنولوجيا في التربية الخاصة، عمان : دار وائل.

الخطيب، جمال (٢٠٠٥ب). مقدمة في الإعاقة السمعية، ط٢، عمان: دار الفكر.

الخطيب ، جمال، والحديدي ، منى (١٩٩٨). مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، عما:ن دار الفكر.

الخطيب، جمال، الحديدي، منى، السرطاوي، عبد العزيز (١٩٩٣). إرشاد أسر الأطفال ذوى الحاجات الخاصة، عمان : دار حنين.

الخطيب، جمال، والبسطامي، غانم، وراشد، آمنه، وعبد الكريم، منى (١٩٩٦). الحاجات الخاصة للأطفال المعاقين وأسرهم، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية "الرعاية الأسرية للطفل المعاق"،ع(٣١)، المنامة، المكتب التنفيذي لمجلس وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدول الخليج العربية، ص ص : ٦٣ – ١١٣.

الخطيب، جمال، والحسن، محمد (٢٠٠٠). حاجات آباء الأطفال ذوي الإعاقات وأمهاتهم في الأردن، دراسات (العلوم التربوية)، م ٢٧، ع١، ص ص ١- ١٥.

الخطيب، سليمان (١٩٩٩). دور الأنشطة الصفية واللاصفية في مناهج التعليم الثانوي، دراسة مقدمة للدورة التدريبية لمسئولى المناهج لإدماج الاتجاهات الجديدة في مناهج التعليم الثانوي، دمشق، مجلة المعلم العربي، العدد الأول والثاني.

الخويطر، منيرة ،والسديري، نورة (٢٠٠٨) . القوقعة الاصطناعية ودورها في التدخل المبكر، الندوة العلمية الثامنة للإتحاد العربي للهيئات العاملة مع الصم ، تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع ، الرياض ، ص ص ٤٩٧ - ٥٠٥ .

الدليم، فهد (٢٠٠٠). الممارسات الإرشادية السائدة في عمل المرشدين الطلابيين وعلاقتها بمتغيرات التخصص والخبرة والمرحلة التعليمية، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الإنسانية، م (١٣)، ع(٢)، الرياض، ص ص ٤٣٩- ٤٧٨.

الرشيدي، بشير ، و السهل، راشد (٢٠٠٠). مقدمة في الإرشاد النفسي، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

الرشيدي، بشير والخليفي، إبراهيم (١٩٩٧). سيكولوجية الأسرة والوالدية، الكويت : مكتبة ذات السلاسل.

الروسان، فاروق (٢٠٠١). مقدمة في الاضطرابات اللغوية، دار الزهراء : الرياض.

الزريقات، إبراهيم (٢٠٠٩). **الإعاقة السمعية مبادئ التأهيل السمعي والكلامي والتربوي**، عمان: دار الفكر.

الزهراني، أحمد (١٩٩٧). **اضواء على النشاط الاجتماعي**، المملكة العربية السعودية، وزارة المعارف ، إدارة التعليم بمحافظة الطائف، الشئون التعليمية، النشاط الطلابي الاجتماعي.

الزهراني، علي (٢٠٠٧). التوجهات الحديثة للتعليم الشفهي للأطفال الصم وضعاف السمع، المفاهيم، المبادئ، والتطبيقات التي يستند عليها، **المؤتمر العلمي الأول للتربية الخاصة بين الواقع والمأمول**، كلية التربية، جامعة بنها، ص ص ١٠٨٥ . ١١٢١.

إسحق، هند فؤاد (٢٠٠٩). **التربية الفنية وتنمية الممارسات المهارية للفئات الخاصة**، www.gulfkids.com

السباعي، زهير، الأمين، حسن (١٩٩٦). **التثقيف الصحي مبادئه وأساليبه**، الرياض : مكتبة الخريجي .

السرطاوي، عبد العزيز (١٩٩١). ردود أفعال الوالدين نحو الإعاقة الجسدية (دراسة استطلاعية)، **مجلة جامعة الملك سعود العلوم التربوية (١)**، الرياض، م (٣)، ص ص٣٠٥ — ٣٣٥.

السرطاوي، عبد العزيز، و الصمادي، جميل (١٩٩٨) : **الإعاقات الجسمية والصحية**، الكويت : مكتبة الفلاح .

السرطاوي، عبد العزيز وسيسالم، كمال (١٩٩٠). تشجيع أولياء أمور ذوي الإعاقات علي المشاركة في برامج التربية الخاصة ، **مجلة جامعة الملك سعود العلوم التربوية (١)** ، الرياض ، م (٢) ، ص ص١٩٧ — ٢١٥.

السميح، عبد المحسن (٢٠٠٤). مهام المرشد الطلابي بين الأهمية والممارسة دراسة ميدانية على مديري ومرشدي معاهد وبرامج التعليم العام، **مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية**، م (١٦)، ع (١)، ص ص ٧٦- ١١٤.

السويفي، محمد حسين (١٩٩٩) **التربية الفنية للفئات الخاصة**، القاهرة : الأنجلو المصرية.

السويلم، إبراهيم (٢٠٠٢). **التوجيه والإرشاد الطلابي**، الرياض، دار طويق للنشر والتوزيع.

السيد، نادية رجب (١٩٩٨). التفكك الأسرى والطفل المعوق وأهمية الدور الإيجابي للإرشاد الأسرى ، **مجلة معوقات الطفولة** ، ع (٧) ، ص ١٨٥- ٣١٠

الشخص، عبد العزيز والسرطاوي، زيدان (١٩٩٨). الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات وأساليب مواجهتها (دراسة ميدانية)، **مركز البحوث التربوية**، ع (١٤٣)، جامعة الملك سعود. الرياض.

الشلل الدماغي والتغذية http://www.spta.org.sa/coImages/c10.ppt.

الشناوي، عبد المنعم (١٩٩٨). **دراسات في علم النفس التربوي**، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

الشناوي، محمد (١٩٩٠): تحليل مهني لعمل المرشد الطلابي، الكتاب السنوي الثاني للتوجيه والإرشاد الطلابي في التعليم، **الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية**، كلية التربية، جامعة الملك سعود، ص ص ١٧- ٦٦.

الشناوي، محمد (١٩٩٤). **نظريات الإرشاد العلاج النفسي**، القاهرة: دار غريب.

الشناوي، محمد (١٩٩٦). **العملية الإرشادية**، القاهرة: دار غريب.

الشناوي، محمد ، و التويجري ، محمد (١٩٩٦). الإرشاد وتحديات العصر، **المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس

الشناوي، محمد محروس ، عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٨). **العلاج السلوكي الحديث**، القاهرة: دار قباء.

الشمري، عواطف (٢٠٠٥). الاستشارة والعمل الجماعي ودورهما في تكوين علاقة عمل تكاملية بين العاملين في برامج التربية الخاصة ، **ندوة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية : مواكبة التحديث والتحديات المستقبلية**، جامعة الملك سعود، الرياض، في الفترة بين ٢٩ – ٣٠ نوفمبر.

الصالح، هاشم عبد الله (٢٠٠٩). **التغذية المدرسية** http://www.aleqt.com/2009 /02 /13/article_195493.html

الصبوة، محمد (١٩٩٨). تصور علمي لأدوار الأخصائي النفسي المدرسي، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب. **مجلة علم النفس**. العدد (٤٦). ص ص ٦٠ – ٧٢.

الصمادي، جميل (١٩٩٩). الإرشاد النفسي للأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة وأسرهم، **ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة**، جامعة الخليج العربي، البحرين، ص ص :٩٥ – ١١٦ .

الطريري، عبد الرحمن و الصائغ، محمد حسن (١٩٩٠) : دراسة تقويمية لبرامج التوجيه والإرشاد الطلابي في مدينة الرياض، الكتاب السنوي الثاني للتوجيه والإرشاد الطلابي

في التعليم، **الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية**، كلية التربية، جامعة الملك سعود، ص ص ٣٣٠- ٣٥٩.

الطويوقي، سالم (١٩٩٠). مؤهلات ومقومات المرشد، الكتاب السنوي الثاني للتوجيه والإرشاد الطلابي في التعليم، **الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية**، كلية التربية، جامعة الملك سعود، ص ص ١٤٢- ١٧٨.

الطوق، سناء عبد العزيز (١٤٢٧). استثمار القطاع الخاص في التعليم العام في المملكة العربية السعودية: هدف استراتيجي لتنويع مصادر التمويل، **رسالة دكتوراه** (غير منشورة)، كلية التربية، الرياض: جامعة الملك سعود.

العثمان، إبراهيم (٢٠٠٥). استراتيجيات التربية الخاصة و الخدمات المساندة الموجهة للتلاميذ ذوي التوحد، **ندوة التربية الخاصة** بجامعة الملك سعود في الفترة من ٢٩.٣٠ نوفمبر.

العزة، سعيد (٢٠٠٠). **الإرشاد الجماعي العلاجي**، عمان: الدار العلمية الدولية للنشر.

العزة، سعيد (٢٠٠١). **الإرشاد النفسي أساليبه وفنياته**، عمان: الدار العلمية الدولية للنشر.

العنزي، خالد (٢٠٠٤). دور المرشد الطلابي كما يدركه مديرو المدارس المتوسطة والثانوية في الإدارة العامة للتعليم بمنطقة الحدود الشمالية، **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

الغنيم، مرزوق و البهبهاني، بهيجة (١٩٩٧) :**الثقافة الصحية**، مكتبة ذات السلاسل: الكويت.

الفاروق إبراهيم، وقاسم محمد (٢٠٠٢). واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية ، **ورقة عمل مقدمة في المؤتمر العلمي الخامس عشر** ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، في الفترة بين ٢٠- ٢١ مارس.

الفرح، عدنان (١٩٩٨): إعداد المرشد المدرسي بين الحاضر والمستقبل، **المؤتمر الدولي لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس، ١- ٣ديسمبر. ص ص ٥٢١ - ٥٣٤.

الفقي، إسماعيل (١٩٩٠). دور الأخصائي النفسي في المدرسة. **ندوة الإعداد العملي والمهني للأخصائي النفسي في مصر**، مركز الدراسات والبحوث النفسية ، جامعة القاهرة ، ص ص ٣ - ١٠.

القاضي، يوسف ، و فطيم، لطفي ، و عقل، محمود (١٩٨١). **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي**، الرياض : دار المريخ.

القحطاني، عبد ربه، و النعمة، عبد الله، والأشقر، حنان، مريم (٢٠٠٣). **دليل عمل الأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي**، الدوحة: وزارة التربية والتعليم.

القذافي، رمضان (١٩٩٧). التوجيه والإرشاد النفسي، بيروت : دار الجيل.
القرني، علي (٢٠٠٢). إدارة الأمن الوقائي المدرسي الشامل في البيئة، المؤلف: الرياض.
القريطي، عبد المطلب (١٩٩٩). الإرشاد النفسي لآباء وأسر المتخلفين عقلياً، ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربية، البحرين، : ٤١ – ٧٠.
القريطي، عبد المطلب (٢٠٠٥). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة: دار الفكر العربي.
القريني، تركي (٢٠٠٧). مدي توافر الخدمات المساندة وفاعليتها في دعم العملية التعليمية لتلاميذ التربية الفكرية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
الكرنز، فؤاد (٢٠٠١). مستوي ممارسة المرشدين التربويين في فلسطين لأدوارهم الإرشادية وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة القدس.
الأمانة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٢). القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم السعودية، الرياض.
المالك، صالح (٢٠٠٣). الأنظمة واللوائح الخاصة بالمعوقين في المملكة وتطبيقاتها في مجال النقل، ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة، الفترة من ٢٧ – ٢٩ إبريل، الرياض، ص ص ٣٦٧ – ٣٩٤.
المحرج، عبد الكريم، والحميدي، ناصر، والقنيعة، عبد الرحمن (٢٠٠٣). جهود وزارة المعارف في نقل طلاب التربية الخاصة، ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة ، الفترة من ٢٧ – ٢٩ إبريل، الرياض، ص ص ٤٩ – ٧٢.
المطير، عامر (١٤٢٣). واقع ومستقبل النقل المدرسي في مدينة الرياض، الرياض: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.
المطير، عامر (٢٠٠٣). نقل الطلاب المعوقين في جامعة الملك سعود واتجاهاتهم نحو وسائل النقل، ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة ، الفترة من ٢٧ – ٢٩ إبريل، الرياض، ص ص ٧٣ – ١٤٤.
المغازى، صافيناز (٢٠٠٢). فاعلية برنامج تأهيلى لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني لدى الطفل الأعمى في رياض الأطفال،، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة عين شمس.

المغيصيب، عبد العزيز (١٩٩٢). الإرشاد النفسي التربوي "أهميته ومدي الحاجة إليه في المعهد أو البرنامج الابتدائية في قطر، مجلة مركز البحوث التربوية، ع(٢)، السنة (١)، جامعة قطر، ص ص ٦٧- ١٢٩.

المفدي، عمر (١٩٨٩). الإرشاد النفسي المدرسي (مقارنة بين الواقع وضوابط ومعايير المهنة)، ندوة معايير وضوابط الخدمات النفسية بالمملكة العربية السعودية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، ص ص ٤٥- ٧٤.

النافع، أحمد (١٩٩٢). واقع التوجيه والإرشاد المهني لطلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

الهاشمي، عبد الحميد (١٩٨٦). التوجيه و الإرشاد النفسي (الصحة النفسية الوقائية)، جدة: دار الشروق.

الهنيدى، منال (٢٠٠٦). الأنشطة الفنية لطفل الروضة، القاهرة: عالم الكتب.

الهويدي ، محمد (ب. ت). استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر ، موقع أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.http://www.gulfkids.com

الوابل، أريج، والخليفة، هند، الوسائل (٢٠٠٦). التقنية المساندة لذوي صعوبات التعلم: دراسة استطلاعية. ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، الرياض.

الوابلي، عبد الله (١٩٩٦). الخدمات المساندة ومدى أهميتها من وجهة نظر العاملين في معاهد التربية الفكرية، بالمملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، ج٢.

الورع، مأمون (٢٠٠٣). التصميم للمعوقين –متطلبات البيئة الخارجية، ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة ، الفترة من ٢٧ – ٢٩ إبريل، الرياض، ص ص ١٨٣ - ٢١٤.

اليحي، حمدي (١٩٩٩). الصحة المدرسية وعلاقتها بالصحة العامة، دار اليازوري: عمان.

باظة، أمال عبد السميع (٢٠٠١). الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

باضبعان، محمد، وعبد العال، جمال (٢٠٠٣). نحو منظومة متكاملة لانتقال المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة، ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة ، الفترة من ٢٧ – ٢٩ إبريل، الرياض، ص ص ٤٣٠ - ٤٥٦.

بدارى، على والشناوي، محمد محروس (١٩٨٦) : المجال النفسي للضبط وعلاقته بالسلوك التوكيدي وأساليب مواجهة المشكلات ، مجلة كلية التربية، جامعة اسيوط ، ع (٢) ، ص ص ٤٧٤ – ٤٩٩.

بركات، لطفى (١٩٧٨). **الفكر التربوي في رعاية الكفيف**. القاهرة : مكتبة الخانجى.
بركات، لطفى (١٩٨٢). **الرعاية التربوية للمكفوفين**. جدة : الكتاب الجامعي.
بركات، لطفي وزيدان محمود (١٩٨٧). **التوجيه التربوي والإرشاد النفسي في المدرسة**، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
بشير الرشيدي، راشد السهل (٢٠٠٠). **مقدمة في الإرشاد النفسي**، مكتبة الفلاح : الكويت.
بطيخ، فتحية أحمد (١٩٩٦). تقويم الدور الإرشادي للمدرسين بفصول التربية الخاصة للأطفال المعاقين سمعيًا في ضوء متطلبات الإرشاد النفسي لهم. **المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس، في الفترة من ٢٣ - ٢٥ديسمبر، ص ص ٤٤٧ - ٥٠٦.
تديُن، معصومة (٢٠٠٨). الأساليب الحديثة في تقييم وتقديم الخدمات ذات العلاقة بخدمات التوجه والحركة، **مؤتمر الإعاقة والخدمات ذات العلاقة**، في الفترة من ١٨- ٢٠ مارس.
تركي، مصطفي، والدلالي، مني (١٩٩٩). الصعوبات التي تواجه الخدمة النفسية في معاهد وبرامج دولة الكويت، **مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية**، قسم علم النفس، جامعة الكويت.
تشيفني، هكتور و بريفرمان، ميدل (١٩٦١). **تكيف الكفيف**. ترجمة: محمد عبد المنعم موسي وعبد الحميد يونس، القاهرة : مطبوعات البلاغ .
تغذية المعاقين http://www.moh.gov.sa/ar
توفيق، محمد نجيب (١٩٨٢). **الخدمة الاجتماعية المدرسية** ، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية،.
جابر، عبد الحميد و كفافي، علاء الدين (١٩٩٢). **معجم علم النفس والطب النفسي**، القاهرة: دار النهضة العربية.
جرجيس، جاسم (٢٠٠٢). **قطاع المعلومات في الوطن العربي**. دمشق : دار الفكر المعاصر.
جلال، سعد (١٩٩٢). **التوجيه النفسي والتربوي والمهني**، القاهرة: دار الفكر العربي.
جمل الليل، محمد (٢٠٠٢). **المساعدة الإرشادية النفسية**، الدار السعودية : مكة المكرمة.
جمل الليل، محمد جعفر (٢٠٠٢). **المساعدة الإرشادية النفسية**، مكة: الدار السعودية للنشر والتوزيع.
جميل، سمية (١٩٩٨). **الإعاقة الفكرية "استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية**، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

جيلدارد، د(١٩٩٨). **الدليل العملي للمرشدين النفسيين والتربويين" أساسيات الإرشاد الفردي"**، ترجمة: نادر فهمي الزيود، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

حسن، طه (١٩٩٣). إعلام المعاقين (مجلة المنال تحليل المضمون)، **ندوة حقوق المعوقين**، دائرة الثقافة والإعلام: الشارقة.

حسين حسن عثمان ، هشام سيد عبد المجيد ،منى جمعه بحر (٢٠٠٥). **الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد**، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع .

حسين، سيد (١٩٨٧). **الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي**، ط٣ ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

حسين، عبد الرحمن (٢٠٠٣). **تربية المكفوفين وتعليمهم**. مكتبة القاهرة: عالم الكتب .

حلمي، إبراهيم، و فرحات، ليلي (١٩٩١). **التربية الرياضية والترويح للمعاقين**،القاهرة: دار الفكر العربي.

حمدي، نزيه (١٩٩٨). **الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر**، منشورات جامعة القدس المفتوحة: عمان.

حمزة، جمال مختار(١٩٩٢). أساليب المعاملة الوالدية مع الأبناء ذوي الإعاقة الفكرية، **مجلة الإرشاد النفسي**، ع (١٨)، ص ص ٥١- ٨٢.

حنفي، على (٢٠٠٠): **مدى فاعلية العلاج الأسرى في تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه(غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة بنها .

حنفي، علي، والسعدون، عبد الوهاب (٢٠٠٤). **طرق التواصل للمعاقين سمعيا دليل المعلمين والوالدين والمهتمين**، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة: الرياض.

خضر، عمر عثمان (١٩٩٣). الإعلام وحقوق المعاقين ، **ندوة حقوق المعوقين**، دائرة الثقافة والإعلام: الشارقة.

خضير، محمد (٢٠٠١). **مبادئ في الصحة والسلامة العامة**، دار صفاء: عمان.

خضير، محمد والببلاوي، إيهاب (٢٠٠٤). **المعاقون بصريًا**، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة: الرياض.

خليفة، محمد البدوي الصافي (٢٠٠٥).**المهارات المهنية للأخصائي الاجتماعي**، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

خميس، محمد حمدي (ب.ت). **طرق تدريس الفنون**، دار المعارف: القاهرة.

الخواجا، عبد الفتاح (٢٠٠٢). **الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق**، عمان : دار الثقافة للنشر والتوزيع.

خوجة، عبد الحفيظ(ب. ت) . **دور الغذاء في الإصابة بهشاشة العظام** /www.aawsat .com details.asp ?section=15&article=507164&issueno=11037

دبيس، سعيد وآخرون (٢٠٠٤). دليل معلم التدريبات السلوكية (الأخصائي النفسية)، المملكة العربية السعودية: وزارة التربية والتعليم

درويش، سهام (١٩٨٨). **مبادئ الإرشاد النفسي**، الكويت: دار القلم.

دسوقي، راوية (١٩٨٦). التوافق الزواجي، **رسالة دكتوراه، (غير منشورة)**، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

دويدار، عبد الفتاح (١٩٩٨). قياس فاعلية إستراتيجية للإرشاد النفسي في مواجهة الوجدانات والانفعالات والمشاعر السلبية للذوي الإعاقة العقلية، **المؤتمر السنوي الثالث لذوي الحاجات الخاصة**، جامعة المنوفية.

راشد السهل (١٩٩٩). تقويم أهداف الإرشاد النفسي المدرسي بالمرحلة الثانوية " نظام المقررات " من خلال الأداء الفعلي للمرشدين بدولة الكويت، **المجلة التربوية**، ع (٥١)، كلية التربية، جامعة الكويت، ص ص ١٩- ٤٩.

راضي، فوقية (٢٠٠٥). دراسة مراحل النمو الفني ومفهوم الذات لدى المعاقين بصريًا باستخدام رسم الشخص، **مجلة كلية التربية**، جامعة المنصورة، م (٢)، ع (٥٨)، ص ص ١- ٣٧.

ربيع، هادي مشعان (٢٠٠٣). **الإرشاد التربوي- مبادئه وأدواته الأساسية**، دار الثقافة: عمان.

رضوان، صافية (١٩٩٨). المشكلات التي تواجه المرشدين التربويين في معاهد وبرامج الضفة الغربية الحكومية، **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.

زهران، حامد (١٩٨٠). **التوجيه والإرشاد النفسي**،،القاهرة: عالم الكتب،.

زيتون، كمال (٢٠٠٤). **تكنولوجيا التعليم في عصر المعلومات والاتصالات**. القاهرة: عالم الكتب.

ساسي، نور الدين (٢٠٠٠). التوجيه المدرسي والمهني في المرحلة الثانوية في ضوء التجارب العربية العالمية، لقاء خبراء التوجيه المدرسي والمهني، **المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم**، المنامة.

سرى، إجلال (١٩٩٠). **علم النفس العلاجي**، القاهرة: عالم الكتب

سعفان، محمد (٢٠٠١). **الإرشاد النفسي للأطفال**، الجزء الثاني، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

سلامة، بهاء الدين (١٩٩٧). **الصحة والتربية الصحية**، القاهرة: دار الفكر العربي.

سليجمان ودارلنج (٢٠٠١). **إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة**، ترجمة إيمان كاشف، القاهرة : دار قباء.

سليمان، أبو زيد عبد الجابر (٢٠٠٤). تصور مقترح للممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لمواجهة معوقات دمج المكفوفين بالمجتمع ، رسالة ماجستير(غير منشورة)، ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.

سليمان، عبد الرحمن (٢٠٠١). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة التعرف والتشخيص**، الجزء الثاني، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

سليمان، عبد الرحمن ، و الدريستي، شيخة (١٩٩٦). الحاجات الإرشادية للأطفال المعاقين. **المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس في الفترة من ٢٣ _ ٢٥ديسمبر. ص ص ٧٥١ - ٧٨٨.

سليمان، عبد الرحمن ، و عبد الله، هشام (١٩٩٨). إعداد المرشد النفسي وتحديات القرن الحادي والعشرين: الواقع وتطلعات المستقبل، **المؤتمر الدولي الخامس لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس١- ٣ ديسمبر، ص ص ٤٨٣ - ٥١٩.

سليمان، عبد الرحمن، البيلاوي، إيهاب (٢٠٠٥). **المعاقون سمعيا**، دار الزهراء: الرياض.

سليمان، عبد الكريم (١٩٩٧). لمحة عن التوجيه الإرشادي الطلابي في مدارس التعليم العام بالمملكة العربية السعودية، **المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس، ص ص ١١٦٣ - ١١٦٩.

سمارة، عزيز ، ونمر، عصام (١٩٩٢). **محاضرات في التوجيه والإرشاد**، عمان: دار الفكر.

سمرقند، منال (ب.ت) . **تغذية أطفال متلازمة داون.. قليل من الخبرة، كثير من الصبر**
http://ahpwd.com/vb/showthread.php?p=12130

سميث، سالى(٢٠٠٥): **قوة الفنون إستراتيجيات إبداعية لتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة**، ترجمة: عزة جلال الدين، القاهرة: عالم الكتب.

سيسالم، كمال (٢٠٠٢). **موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي**، دار الكتاب : العين.

شاكر عبد الحميد(١٩٩٦). دور الأخصائي النفسي في الكشف عن الواعدين بالإبداع في السياق التربوي، **الدورة التأسيسية الأولى للأخصائي النفسي المدرسي**، مركز البحوث والدراسات النفسية، جامعة القاهرة، في الفترة من ٣١أغسطس - ٥سبتمبر. ص ص ٢٠٧ _ ٢٢٤.

شرودر، ستيفن (٢٠٠٣). حقوق الحركة الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة ، الفترة من ٢٧ — ٢٩ إبريل، الرياض، ص ص ٣١٣ - ٣٢٦.

شكر، فايز، وأسعد، أمان، وعبد الحليم، أبو القاسم (١٩٩٩). الصحة المدرسية، القاهرة : عالم الكتب.

صادق، فاروق (١٩٩٦). دور الأخصائي النفسي المدرسي نحو ذوي الحاجات الخاصة، الدورة التأسيسية الأولى للأخصائي النفسي المدرسي، مركز البحوث والدراسات النفسية، جامعة القاهرة، في الفترة من ٣١أغسطس — ٥ سبتمبر، ص ص ٩٣ - ١٠٥.

صادق، محمود أحمد (٢٠٠٥).المارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال دمج المعاقين سمعياً بمدارس التعليم العام ، المؤتمر العلمي الثامن عشر لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.

صالحة، سرور (٢٠٠٨). التعرف والتنقل للمكفوفين، المكتبة الالكترونية موقع أطفال الخليج. www.gulfkids.com.

طاهر، صالح (٢٠٠٥). اتجاهات المعوقين حركياً نحو الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين، رسالة ماجستير(غير منشورة) ، قسم الخدمة الاجتماعية كلية الآداب، جامعة الفاتح.

طه، أحمد وباضبعان، محمد (٢٠٠٣). الخبرات الدولية للتجهيزات المطلوبة في نقل المعاقين، ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة ، الفترة من ٢٧ — ٢٩ إبريل، الرياض، ص ص ٣٤١ - ٣٦٦.

عابد، رسمى (١٩٩٨). النشاطات التربوية المدرسية بين الأصالة والتحديث، عمان: دار مجدلاوى للنشر.

عاشق، عبد الرحمن (١٩٩٩). مدي فاعلية مديري المدارس في مجال التوجيه والإرشاد الطلابي (دراسة ميدانية في مدينة حائل)، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

عبد الحميد، عايدة(١٩٩٠). العلاج بالفن مدخل نفسي تنموي لرعاية الطفل المتخلف عقلياً، مجلة التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد ١٤.

عبد الرازق، وفاء (١٩٩٧). دراسة تقويمية للخدمات النفسية التي تقدم ببعض المدارس الثانوية بالقاهرة ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) . كلية البنات ، جامعة عين شمس.

عبد الرحمن، محمد، و عبد الله، هشام (٢٠٠٣) . **دليل عمل الأخصائي النفسي المدرسي** . القاهرة : وزارة التربية والتعليم .

عبد الرحيم، طلعت حسن (١٩٨٥). وجهة التحكم وتقبل الآخرين لدى طلاب الجامعة المحرومين وغير المحرومين من آبائهم ، **مجلة كلية التربية** ، جامعة المنصورة ، ع (٧) ، الجزء (١) ، ص ص١٢٤ — ١٧٢ .

عبد الرحيم، فتحي (١٩٨٣). **قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين (النظرية والتطبيق)**، الكويت: دار القلم.

عبد الرحيم، فتحي (٢٠٠٣). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة**، الكويت: دار القلم.

عبد السلام، فاروق (١٤٠٨). **في التوجيه والإرشاد الطلابي**، مكة المكرمة: مكتبة الطالب الجامعي.

عبد السلام، فاروق، و طاهر، ميسره ، و مهني، يحي (١٩٩٧). **مدخل إلى الإرشاد التربوي والنفسي**، مكة: الدار السعودية للنشر والتوزيع.

عبد العزيز، سعيد، و عطيوي جودت (٢٠٠٤). **التوجيه المدرسي**، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

عبد العزيز، مصطفى (٢٠٠٣). **سيكولوجية فنون المراهق**، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

عبد الفتاح، كاميليا (١٩٩٨). **سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال**، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد الله، أحمد (١٩٩٩). إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة" رسالة إلى العاملين في مجال الإرشاد"، **ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات**، جامعة الخليج العربي، البحرين، ص ص: ١٨٧ — ٢٠٨ .

عبد المعطي، حسن (١٩٩٣). دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالضغوط الوالدية التي يواجهها آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، **مجلة كلية التربية**، جامعة طنطا ع ١٩ .

عبد المعطي، حسن (١٩٩٢). ضغوط احداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية ، **مجلة كلية التربية**، جامعة الزقازيق ، ع (١٩) ، الجزء (١) ، ص ص٢٦١ — ٣٢٥.

عبد المعطي، حسن (٢٠٠١): **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة**، القاهرة : دار القاهرة.

عبد المعطي، حسن مصطفي ودسوقي، رواية حسين (١٩٩٣). التوافق الزواجي وعلاقته بتقدير الذات والقلق والاكتئاب، **مجلة علم النفس**، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، السنة الرابعة ،ع (٢٨)، ص ص٦— ٣٢.

عبد الهادي، جودت و العزة، سعيد (٢٠٠٤). **مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي**، عمان : دار الثقافة.

عبد الواحد، محمد (٢٠٠١). **الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل**، العين: دار الكتاب.

عبد الوهاب، جلال، وشفشق محمود (١٩٨٧). **النشاط المدرسي، مفاهيمه، مجالاته وبحوثه**، (ط٢) ، الكويت، مكتبة الفلاح للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد الوهاب، منال (١٩٩٧). **أسس الثقافة الصحية**، مكتبة السوادي للتوزيع: جدة.

عتمان، محمد(١٩٩٩). الرضا النفسي والمهني لدى الأخصائي النفسي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية وبعض المتغيرات الديموجرافية، **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية.

عجاج، السيد (١٩٩٥). مدى فعالية برنامج إرشادي في تحسين التفاعل الأسرى وانعكاس ذلك على التوافق النفسي لدى الأطفال، **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة بنها.

عقل، محمود (٢٠٠٠). **الإرشاد النفسي والتربوي(المداخل النظرية — الواقع- الممارسة)**،الطبعة الثانية، دار الخريجي: الرياض.

عقل، محمود (٢٠٠٠). **الإرشاد النفسي والتربوي(المداخل النظرية —الواقع- الممارسة)**،الطبعة الثانية، الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع.

عقل، محمود وحجازي، مصطفي والدليم، فهد (٢٠٠٥). **واقع التوجيه الإرشاد التربوي والنفسي في مراحل التعليم العام**، مكتب التربية العربي لدول الخليج: الرياض.

علي ، ماهر أبو المعاطى (١٩٩٦). برنامج تدريبي مقترح لتنمية المهارات المهنية للأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي ، **مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة**، العدد السابع ، الجزء الثاني .

على، سلامه منصور (٢٠٠٣). ممارسة برنامج تدريبي لتنمية معارف ومهارات الأخصائيين الاجتماعيين ، **المؤتمر العلمي السادس عشر لكلية الخدمة الاجتماعية** ،جامعة حلوان.

علي، ماهر أبو المعاطى (٢٠٠٢). **الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة**، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

علي، ماهر أبو المعاطى (٢٠٠٣). **الخدمة الاجتماعية في المجال التعليمي**، القاهرة : دار المهندس للطباعة والنشر.

علي، ماهر أبو المعاطى (٢٠٠٤). **الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة مع نماذج من رعايتهم في بعض الدول العربية الخليجية**، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

عمر، ماهر (١٩٩٩). **المرشد النفسي المدرسي**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

عيسي، ايفا (١٩٩٣). **المرشد العملي لحل المشكل السلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة**، ترجمة: عبد العزيز الدخيل وآخرون، الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج.

غباري، محمد (١٩٨٩). **الخدمة الاجتماعية المدرسية**، الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث.

غبارى، محمد سلامة محمد (٢٠٠٣).**رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية رعاية المعوقين**، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

غبارى، محمد سلامة محمد (٢٠٠٤).**ادوار الأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

فايد، حسين (١٩٩٨). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية، **مجلة دراسات نفسية**، ع (٢)، م (٨)، ص ص ١٥٥- ١٩٢.

فراج،عفاف، وعبد العزيز، نهى(٢٠٠٤). **الفن وذوى الاحتياجات الخاصة**،القاهرة:مكتبة الأنجلو المصرية.

فرج، صفوت (١٩٩١). مصدر الضبط وتقدير الذات وعلاقتهما بالانبساط والعصابية ، **دراسات نفسية** ، ك (١) ، جـ (١) ، ص ص ٧ — ٢٦.

فريحات، حكمت و الشاعر، عبد المجيد و الخطيب، عماد و الخطيب، هشام و كنعان، هشام (٢٠٠١). **مبادئ في الصحة العامة**، الرياض: المؤلفين.

فضل، محمد عبد المجيد (١٤١٧).**إبعاد معاصره للتربية الفنية للفئات الخاصة في البيئات العربية والإسلامية**، مركز البحوث التربوية، كليه التربية، جامعه الملك سعود

فطيم، لطفي (١٩٩٣). **العلاج النفسي الجمعي**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فهمى، محمد سيد (٢٠٠٥).**التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة** الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

فهمى، محمد سيد (٢٠٠٧).**الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية** ، القاهرة: دار الوفاء

فوزي، ناظم (٢٠٠٨). تنمية مهارات الاستماع والإنصات والتدريب اللغوي عند الأطفال ضعاف السمع . التدخل المبكر في الإعاقة السمعية، الندوة العلمية الثامنة للإتحاد العربي للهيئات العاملة مع الصم، تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع، مركز الملك فهد الثقافي: الرياض، ص ص ٧٢٣ . ٧٣١.

قاضي، يوسف مصطفى (١٩٨١). **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي**، دار المريخ : الرياض.

قنديل، شاكر (١٩٩٦). الاستجابات الانفعالية السلبية لأداء الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية مسئولية المرشد النفسي " دراسة تحليلية "، **بحوث المؤتمر الدولي الثالث "الإرشاد النفسي في عالم متغير"**، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ص ٦٢٥ — ٦٤٢.

قنطار، فايز(١٩٩٢): الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم، **عالم المعرفة**، ع ١٦٦، الكويت.

كفافي، علاء الدين (١٩٩٩). **الإرشاد والعلاج النفسي الأسري**، القاهرة: دار الفكر العربي.

الكناني، ممدوح (١٩٩٠). علاقة مركز التحكم الداخلي الخارجي في التدعيم ببعض المتغيرات الدافعية ، **الجمعية المصرية للدراسات النفسية** ، بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر ، في الفترة من ٢٢ — ٢٤ يناير ، ص ص٦١٧ — ٦٤٢.

كويت داون سندروم http://www.q8ds.com

كويك، توماس ل. (١٩٩٩). **بناء فريق عمل ناجح**، الرياض: مكتبة جرير.

لال، عدنان (١٩٩١). **التربية الصحية المدرسية والصحة الغذائية وبيان لبعض المشكلات الاجتماعية**،مكة المكرمة: جامعة ام القرى.

ليدون، وليم ت. و ماكجرو، م .لوريتا (١٩٩٠). **تنمية المفاهيم البصرية عند الأطفال المعوقين بصرياً**، ترجمة عبد الغفار الدماطي، وفاروق خليل، الرياض: مطابع جامعة الملك سعود.

مؤسسة اللوتس العلمية والتاهيلية (٢٠٠٧). برامج الكمبيوتر لذوى الاحتياجات الخاصة http://www.luttas.com/new/index.php?id=14

ماري،روز ومورنج، ديبي (٢٠٠٠). **الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، ترجمة. علاء الدين كفافي، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

مبروك، سحر (٢٠٠٣). **الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي** ، بنها: المعهد العالي للخدمة الاجتماعية.

مجلة التوثيق التربوي (١٤٠٢) : **التوجيه والإرشاد في المملكة العربية السعودية، مركز المعلومات الإحصائية والتوثيق التربوي**، عين ٢٢- ٢٣، الرياض.

محمد، سلامة منصور (١٩٩٧): دور الإرشاد الأسرى في رعاية الأطفال المعوقين، **مجلة معوقات الطفولة**، جامعة الأزهر، ع٦، ص ص١٦٥- ١٨٠

محمد، مصطفي، و قنديل، يس عبد الرحمن (١٩٩٠). واقع الممارسات الإرشادية في المدارس الثانوية المطورة، الكتاب السنوي الثاني للتوجيه والإرشاد الطلابي في التعليم، **الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية**، كلية التربية، جامعة الملك سعود، ص ص ١٤٧- ١٨٣.

محمد، يوسف (١٩٩٣). مركز التحكم وعلاقته بتقدير الشخصية لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بدولة الإمارات العربية المتحدة، **مجلة مركز البحوث التربوية**، جامعة قطر ، السنة الثانية ،ع (٣) ، ص ص٢٣٩ – ٢٦٩.

محمود، حمدى شاكر (١٩٩٨). **النشاط المدرسي ماهيته وأهميته، أهدافه ووظائفه، مجالاته ومعاييره، إدارته وتخطيطه، تنفيذه وتقويمه**، (ط١)، المملكة العربية السعودية، حائل: دار الأندلس للنشر والتوزيع.

محيي الدين لبنية (ب.ت). **التغذية** http://www.almarefh.org/news.php ?action= show&id=1114

مراد، محمد (٢٠٠٥). الخدمات المساندة لذوي الإعاقة البصرية المجالات والأدوار، **ندوة التربية الخاصة بجامعة الملك سعود** في الفترة من ٣٠،٢٩ نوفمبر.

مرسي، أحمد (١٩٨٧). أثر إعداد البيئة التعليمية على تنمية الإبداع التشكيلي، **بحث مقدم إلى مؤتمر الفن والتعليم المنعقد**، كلية الفنون، جامعة المنيا: المنيا.

مرسي، سيد (١٩٨٧). **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني**، ط٢، القاهرة: مكتبة وهبة.

مرسي، كمال (١٩٩١). **العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس**، الكويت : دار القلم.

مرسي، كمال، والرشيدي بشير (١٩٨٤). التوجيه والإرشاد "فلسفته وأخلاقياته في المجتمعات الإسلامية، **ندوة علم النفس التربوي**، كلية التربية، الكويت.

مسعود ، وائل ، ومنصور، عبد الصبور، وإمبابي، محمد (٢٠٠٥). **التأهيل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة**، الرياض: الأكاديمية العربية للتربية الخاصة .

مسعود، وائل (٢٠٠٣). تأهيل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة على استخدام التجهيزات الخاصة بالتنقل، ندوة نقل المعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة ، الفترة من ٢٧ — ٢٩ إبريل، الرياض، ص ص ٤٨٣ - ٥٤٢.

مصطفى، عادل محمود (٢٠٠٥). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية ومشكلات جماعات الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم ، المؤتمر العلمي الثامن عشر لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ،

مصلح، معتصم (١٩٩٨). معرفة الفروق في توقعات المعلمين والطلاب لدور المرشد في محافظتي سلفيت ونابلس، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.

منسي، محمود، والقاسم، ناجي، ومكاري، نبيلة (٢٠٠٢) : الصحة المدرسية والنفسية للطفل، مركز الإسكندرية للكتاب: الإسكندرية.

منصور، سرور (١٩٩٧). الصحة والمجتمع " موسوعة صحية للوقاية "، تونس: الدار العربية للكتاب.

مورتنس، دونالد ، و شمولر، الن (ب.ت). التوجيه في المدرسة، ترجمة: إبراهيم حافظ، إبراهيم خليل، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

ميركولينو، ماريني ، باور، توماس، بلوم، ناثن (٢٠٠٣) : اضطرابات عجز الانتباه و فرط الحركة " دليل عملي للعياديين" ، ترجمة: عبد العزيز السرطاوي ،أيمن خشان ، دبي : دار القلم.

ميلنزديان، جين (ب.ت). مناهج تدريس المعوقين بصرياً. ترجمة: عبد الله الحمدان وآخرون، الرياض، مطابع جامعة الملك سعود.

نجدي، سميرة أبو زيد (٢٠٠١). فنون المعوقين وطرق تدريسها، القاهرة، مكتبه زهراء الشرق.

هارون، صالح (٢٠٠٩). البرنامج التربوي الفردي في مجال التربية الخاصة (دليل المعلمين)، الرياض: مكتبة الزهراء.

هالاهان، دانيال، كوفمان، جيمس (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، ترجمة عادل عبد الله، عمان: دار الفكر.

هدية، فؤادة (١٩٩٤). دراسة لمصدر الضبط (الداخلي / الخارجي) لدى المراهقين من الجنسين ، مجلة علم النفس ، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع (٣٢) ، أكتوبر ، ص ص ٨٢ — ٩٥.

هشام سيد عبد المجيد(١٩٩٩). فعالية نموذج مدخل الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في التخفيف من حدة المشكلات المدرسية لطلاب المدارس الثانوية ، مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ع (٧) ، أكتوبر.

هنا، عطية (١٩٥٩). التوجيه التربوي والمهني، القاهرة:دار النهضة المصرية .

وزارة التربية والتعليم (١٩٩٠). القرار الوزاري رقم (١٤٢) ، بتاريخ ١٩٩٠/٥/٥.

وزارة التربية والتعليم بالمملكة العربية السعودية (١٤٢٢هـ). القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة: الرياض.

وشاحي ، سماح (٢٠٠٣). التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة لأطفال متلازمة داون ، دراسة ارتقائية ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، قسم الإرشاد النفسي ، جامعة القاهرة.

يعقوب، رياض، و يحيى، خولة (١٩٩٥). الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان، دراسات (العلوم الإنسانية)، م (٢)، ع(٥).

يوسف، عصام (٢٠٠٧). الإعاقة السمعية دليل عملي للآباء والمربين، عمان: دار الميسرة.

Adelson &Fraiberg ,S.(1978). *Insights from the blind*. New York, Basic Books.

Allison, C. & Sanspree, M.J. (2006). Persons with visual impairments. In R. Gargiulo (Ed.). Special Education in Contemporary Society. (2nd ed., pp. 480-519). Belmont, CA: Thomson Learning Corporation.

Aluede,O. & Imonikhe,J. (2002).Secondary school students and teachers perceptions of the role of the school counsellor, Guidance& counselors, Vol. 17, No.2 , PP. 46.

Amatea, Ellen S. & Clark, Mary Ann (2005).Changing Schools, Changing Counselors: A Qualitative Study of School Administrators' Conceptions of the School Counselor Role. Professional School Counseling; Oct, Vol. 9, No. 1, PP. 16-27.

American Music Therapy Association. (2000). Frequently asked questions about music therapy [Online].Available: www.musictherapy.org/faqs.html

American Occupational Therapy Association (1999). Occupational therapy services for children and youth under the Individuals with Disabilities Education Act (2nd ed.). Bethesda, MD:Author.

American Occupational Therapy Association.Dwyer, K. (1997, November).School psychology and behavioral interventions. Communique, 26(3), 1,4-5.

American Psychiatric Association (**2000**). Diagnostical and statistical manual of mental disorders. DSM- IV- R. Washington: D.C.

American School Counselor Association. (1999). The role of the professional school counselor .Available: www.schoolcounselor. org/ role.htmCouncil on Rehabilitation

Amy S. Milsom(2002). Students with Disabilities: School Counselor Involvement and Preparation, Professional School Counseling, Vol. 5, No.5, PP. 331-8.

Anthony, T., Bleier, H., Fazzi, D., Kish, D., Pogrund, R. (2002). *Mobility focus: Developing early skills for orientation and mobility*. In R. Pogrund, D. Fazzi (Eds). Early Focus. (2nd ed., pp. 326-404). New York: AFB Press.

Association. (2000). Dance/movement therapy factsheet [On-line]. Available: www.adta.org/publrela.html

Bagga-Gupta, S. (1999-2000). Visual language environments: Exploring everyday life and literacies in swedish deaf bilingual schools. Visual Anthropology Review, 15 (2), 95-130.

Bahan, B. (1989). Total Communication: A total farce. In Wilcox, S. (Ed.), American deaf culture: An anthology. Burtonsville, MD: Linstok Press.

Drasgow, E. & Paul, P. (1995). A critical analysis of the use of MCE systems with deaf student: A review of the literature. ACEHI/ACEDA, 21 ,3, 80-93.

Bahmann (2003) . *The Bahmann Foundation Programs* . Breaking Lsolation through Technology .

Bailey, B. & Head, D. (1993). Providing O&M services to children and youth with severe multiple disabilities. RE:view, 25 (2), 57-66.

Baker, L., Wagner, T. H., Singer, S., & Bundorf, M. K. (2003). Use of the Internet and e-mail for health care information: Results from a national survey. *JAMA*,289, 2400–2406.

Baron, R. (1986). Behavior in Organization. Boston : Allyn & Bacon, ChemissCo.

Barrage, N. (1973). *Utilization o sensory Perceptual abilities* , In Lowenfeld, B. (Ed)., The visually handicapped child in school. (PP. 118-154). New York: John Day.

Barrage,N. (1964). *Increased visual behavior in low vision children.* New York: American Foundation for the Blind.

Barrage,N.(1980). *Program to develop efficiency in visual functioning: Design for instruction.* Louisville, KY: American Printing House for the Blind.

Barrage,N.(1983). *Visual handicaps and learning.* Austin, TX: PRO-ED.

Beckman,P.& Pokorni,J. (1988).A longitudinal study of families of preterm infants: change in stress and support over the first two years. Journal of special Education, 22, 55- 65.

Bertschy, H ., Kelsay ,D,. Gantz, B., Woodworth, Ǵ(1997) .Cochlear Implant Use by Prelingually Deafened Children: The Influences of Age at Implant and Length of Device Use . *Journal of Speech and Language , and Hearing Research* , 40, 183-199.

Bischof, R. W. (1976). The least restrictive educational program: The resdentail school, *Education of the Visually Handicapped*, 9.82-85.

Blackburn, C & Read, J (2005). Using the Internet? The experiences of parents of disabled children, Child: Care, Health & Development, 31, 5, 507–515.

Blake , G. H & Dehart, R. L (1996). Clinical Prevention medecine in business and industry : Arational foundation. Journal of Health and social policy, 6 , 2, 35 – 50

Blankenship, C, & Lilly, M. S. (L981). *Mainsireaming students with learning and behavior problems.* New York: Holt, Rinehart &r Winston.

Bloom, J. & Kessler, L. (1994). Emotional Support Following Cancer : A test Of The Stigman And Social Activity Hypotheses. Journal Of Health And Social Behavior, 35,118-133.

Blum, J.S., & Mehrabian, A. (1999). Personality and temperament correlates of marital satisfaction. Journal of Personality, 67, 93-125.

Breines, E (1990). Genesis of occupation: A philosophical model for therapy and theory. Australian Occupational Therapy Journal, 37,1, 45-49.

Brimblecombe,F.(1984).Family stress.In Dobbing,J. Clarke,A., Carbett, J., Hogg,J. & Robinson,R., Scientific studies in Mental retardation. London:Published Jointly by the royal society of Medicine and Macmillan press L th.

Brinchman, B,S. (1999).When the home becomes a prison: living with a severely disabled child. Nursing Ethics,6, 137-143.

Bristol, M. M., & Schopler , E. (1983). Stress and coping in families of autistic adolescents. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Autism in adolescents and adults* (pp. 251-278). New York: Plenum.

Brothers, R. J. (1971) , Aural study systems for the visually handicapped, *Education of the Visually Handicapped*, 3, 65-70.

Brown, Y (1981). Being a counselor, group Counseling, California : Publishing Company Montery California.

Buelow, J., McNelis, A., Shore, C., & Austin, J. (2006). Stressors of parents of children with epilepsy and intellectual disability. *Journal of Neuroscience Nursing* [NLM - MEDLINE], 38,3, 147.

Caldwell, T., & Palfrey, J. (1997).Children and youth assisted by medical technology in educational settings: Guidelines for care. Baltimore, MD:Paul H. Brookes.

Carlson-Smith, C., & Wiener, W. R. (1996). The auditory skills necessary for echolocation: A new explanation. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 90, 21-35.

Carooll, B (1993). Perceived roles and perception experiences of elementary counselors. Elementary school, Guidance and counseling , 27, 216-226.

Case-Smith, J. (2005). Occupational Therapy for Children. St. Louis: Elsevier.

Chander, W.R. (2002). Secondary principals of the counselor role. Dissertation Abstracts International , 63,3, P.823.

Chapman, E. K. (1978). *Visually handicapped. Children people*, London, Rout Ledge Kegan paul.

Chapparo, C. and Ranka. J. (2000). Clinical reasoning in occupational therapy in Higgs J and Jones M (2000) Clinical reasoning in the health professions. 2nd ed. Oxford, Butterworth Heinemann Ltd.

Cochrane, P. V., & Marini, B. (1977). Mainstreaming exceptional children: The counselor's role. School Counselor, Vol.25, PP. 17-21.

Cohen , S. ; Sherrod , D.R. & Clark , M.S. (1986). Social Skills And The Stress- Protective Role of Social Support. Journal Of Personality And Social Psychology Science ,50, 5, 963 - 973.

Corey, G. (1996). *Theory and Practice of Counseling and psychotherapy an International Themsen* Washington, Publishing Company

Corn, A. (1983). Visual unction: A model for individuals with low vision, *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 77, 373-377.

Corn, A.L., Hatlen, P., Huebner, K.M., Ryan, F. & Siller, M.A. (1995). The national agenda for the education of children and youths with visual impairments including those with multiple disabilities. New York: AFB Press.

COT (2008) Health promotion in occupational therapy. London: College of Occupational Therapists.

Creek, J. (2003) Occupational therapy defined as a complex intervention. London: College of Occupational Therapists.

Demor game, http://student-kmt.hku.nl/~g7/site/index _.html

Derer, K., Polsgrove, L., & Rieth,H. (1996). A survey of assistive technology applications in schools and recommendations for practice.Journal of Special Education Technology,XIII(2), 62-80.

Dodds, A, (1986): Handicapping conditions in children, London, Bill Gillham.

Domico, H., & Lupfer ,M. (1994). Speech perception after multichannel cochlear implantation in the pediatric patient . *American journal Of Otology*, 15 , 66-70.

Dorman T,.(2000) .Cochlear Implants . McFarland & Company Inc .Publishers Jefferson, North Carolina and London.

Douglas, F M (2004). Occupational still matters: A tribute to a pioneer. British Journal of Occupational Therapy, 67,6, 239.

Downing, J. A (2004). Related services for students with disabilities: introduction to the special issue. *Intervention in School and Clinic*, 39,195-208.

Dunn, W. (1991). Consultationas a process: How, when and why? In C. Royeen (Ed.), School-based practicefor related services. Bethesda, MD:

Education. (1996). Accreditation manual for rehabilitation counselor education programs. Rolling Meadows,IL: Author.

Edyburn, D. L. (2000). Assisiive technology and students with mild disabilities. *Focus on Exceptional Children*, 32(9), 1-24.

EGNOS & Tormes, http://www.esa.int/export/esaCP/SEMVQOS1VED _Improving_ 0.html

EGNOS,http://www.esa.int/export/esaNA/SEMNGFX5WRD _index_ 0.html

Eiser, L. (1986). "Regular" software for special ed. kids? Yes! Classroom Computer Learning, 7(2), 26-30, 35.

English, K. M. (1995). Educational audiology across the lifespan: Seizing all learners with *hearing impairment* Baltimore: Brookes.

Erin , J., A., & Bishop, V. (1993). Low vision: Reflections o the past, issues or the uture. New York: American Foundation for the Blind.

Essex, E. L. (2002). Mothers and Fathers of Adults with Mental retardation: Feelings of Intergenerational Closeness. Family Relations, 51, 156-165.

Eva Siekierska, Richard Labelle, Louis Brunet, Bill Mccurdy, Peter Pulsifer, Monika K. Rieger, Linda O'Neil. (2004) Enhancing spatial learning and mobility training of visually impaired people-a technical paper on the Internet-based tactile and audio-tactile mapping. *The Canadian Geographer/Le Geographe canadien* 47:4, 480-493

Farber,B.(1959).Effects of a severely Mental retarded Child on family integration. Monographs of the Society for Research in Child Development. 24, Seraial Number 71

Farmer, L. W. (1980). *Mobility devices*. In R. L. Welsh & B. B. Blasch (Eds.), Foundations of orientation and mobility (pp. 357-412). New York: American Foundation for the Blind.

Farmer, L.W. & Smith, D.L. (1997). Adaptive technology. In Blasch, B.B., Wiener, W.R. & Welsh, R.L. (Eds.). Foundations of Orientation and Mobility. (2nd, pp. 231-259). New York: AFB Press.

Fazzi, D.L. & Petersmeyer, B.A. (2001). *Imagining the possibilities*. New York: AFB Press.

Fearing,V.G., Law, M. & Clark, J. (1997). An occupational performance process model: Fostering client and therapist alliances. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64,11,69-88.

Fields, J. E. (1964). Sensory training for blind persons. *New Outlook for the Blind*, 58, 2-9.

Fishman,E. & Meyers,S. (2000). Marital satisfaction and child adjustment: Direct and mediated pathways. Contemporary Family Therapy: *An international Journal*,22,437- 452.

Fisman,S. Wolf,L.& Noh,S. (1989). Marital intimacy in parents of exceptional children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 519-535.

Florian &Findler(2001).Mental health and marital adaptation among mothers of children with cerebral palsy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 358-367.

Floyd, F. & Zmich, D. (1991). Marriage and the Parenting Partenership: Perceptions and Interactions of Parents with Mentally Retarded and Typically Developing Children. Child Development, 62, 1434-1448.

Floyd, F., Gilliom, L. & Costigan, C. (1998). Marriage and the Parenting Alliance: Longitudinal Perdiction of Change in Parenting Perceptions and Behaviors. *Child Development*, 69,5, 1461-1479.

Fox, L., Vaughn, B., Dunlap, G.,& Bucy, M. (1997). Parent professional partnership in behavioral support: A qualitative analysis of one family's experience. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 22(4), 198-207.

Friedrich,W., Greenberg,M. & Crnic, K.(1983). A short- Form of the Questionnaire on Resources and stress, *American journal of Mental Deficiency*,88,1,41-48

Fudala, J. (1970) : *The Arizona articulation proficiency scale*, Los Angeles : Western Psychological Services.

Galileo,http://www.esa.int/export/esaNA/SEMZ2L67ESD _index _0.html

Gallagher.J., Beckman,P.& Cross,A.(1983). Families of handicapped Children: Sources of stress and its amelioration, *Exeptional Children*,50,10-19

Gannon, J. R. (1981). *Deaf heritage: A narrative history of deaf America*. Silver Spring, MD: National Association of the Deaf.

Gargiulo, P.M. (2006). *Special education in contemporary society*. Belmont, CA: Thomson Learning, Inc.

Giles, G. M., & Clark-Wilson, J. (Eds.). (1993). *Brain injury rehabilitation: A neurofunctional approach.* San Diego: Singular.

Glantz, C. & Richman, N. (2007). Occupation-based, ability-centered care for people with dementia. Occupational Therapy *Practice*, 12(2), 10-16

Goldberg,S. MarcovitchS. Macgregor, D.,& Lojkasek, M. (1986). Family response to developmentally delaved preschoolers: Etiology and the father's role. *American journal of Mental Deficiency*, 90, 610- 617.

Goldenson, R. (1984). *Longman dictionary of psychology and psychiatry*, New York : Lomgman.

Goldman,R.& Fristoe,M.(1988). *Goldman-Fristoe test of articulation*. Circle pines, M N: American Guidance Service.

Griffiths, S. and Corr, S. (2007) The Use of Creative Activities with People with Mental Health Problems: a Survey of Occupational Therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(3), pp.107-114.

Gutzman, A. (2001, September). Top five marketing concerns for the next five years. ECommerce-Guide.com ,News & Trends. Retrieved January 21, 2003, from *http://ecommerce.internet .com /news/insights/ebiz/ article/0337110379 884831,00.html*.

Hallahan, D. & Kauffman, K. (2003). *Exceptional children introducation to special education*, New Terseu. University Of Virginia.

Halpern-Gold, J., et al. (1988). *Travel Tales: A Mobility Storybook.* Mostly Mobility. Bethel, PA.

Hamers, J. F. (1998). Cognitive and language development of bilingual children. In Parasnis, I. (Ed.), *Cultural and language*

diversity and the deaf experience (pp. 51-75). New York, NY: Cambridge University Press.

Hanft, B., & Striffler, N. (1995).Incorporating developmental therapy in early childhood programs: Challenges and promising practices.*Young Children*, 8(2), 37-47.

Hastings, R., & Johnson, E. (2001) Stress in UK families conducting intensive home-based behavioural interventions for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31,3, 327-336.

Hattum, R, (1980). *An Introduction Communication Disorders*. New York, Macmillan Publishing Co. Inc.

Heinberg, J,. & Hayes, A,. (2000): Social and emotional adjustment of young adults with cochlear implants: addressing challenges and building on strengths. *Volta Voice* . July / August .

Helmut Pielasch. (1976). *Mobility*. Druckhaus Freiheit Halle, Germany.

Henry,W. (1988). A study of student and teacher perceptions of the role and function of secondary school counselor. *Dissertation Abstracts International*, A,50,628.

Heward, w. (2006). *Exceptional children .an introduction to special education* , New Jersey, Columbs.

Hill, E. (1986). Orientation and mobility. In G. *Scholl (Ed), Foundations of education for blind and visually handicapped children and youth. New York: American Foundation for the Blind* , PP. 315-340.

Hill, E.& Ponder, P. (1976). *Orientation and mobility techniques: A guide for the practitioner*. New York: American Foundation for the Blind.

Hill, E., & Snook-Hill, M.(1996). Orientation and mobility. In M. C. Holbrook (Ed.), Children *with visual impairments: A parent's guide*. Bethesda, MD: Woodbine House.

Hill, E., Rosen, S., Correa, V., & Langley, M. (1984). Preschool orientation and mobility: An expanded definition. *Education of the Visually Handicapped*, 16, 58-72.

Hocking, C (2004). Making a difference: The romance of occupational therapy. *South African Journal of Occupational Therapy*, 34(2), 3-5.

Hocking, C and Whiteford, G (1995). Multiculturalism in occupational therapy: A time for reflection on core values. *Australian Occupational Therapy Journal*, 42,4, 172-175.

Hoffman et al. (1993) perceptions of the role of middle school counselors , *paper presented at the annual meeting of the southeastern psychological Association*, 39th, Atlanta, PP. 24-27.

Hoffmeister, R. (2000). A piece of the puzzle: ASL and reading comprehension in deaf children. In Chamberlain, C., Morford, J., & Mayberry, R. (Eds.), *Language acquisition by eye* (pp. 143-163). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Holmbeck,G. Gorey-Ferguson,L., Hudson,T., Seefeldt,T., Shapera,W. Turner, T.& Uhler,J. (1997).Maternal, paternal, and marital functioning in families of preadolescents with spina bifida, *Journal of pediatric psychology*, 22, 167- 181.

House, J. S. (1981). *Work Stress And Social Support*. Addison - Wesley Publishing Company ; Inc , U.S.A.

http://www.aota.org/Practitioners/PracticeAreas/Emerging.aspx

http://www.aota.org/Practitioners/SIS/SISs/PDSIS.aspx

http://www.nzaot.com/publications/journal/index.php

IDEA '97 Final Regulations (1997). Amendments to the Individuals with Disabilities Education Act of 1997, 34 CFR Part 300.24 (b) 6, Assistance to States for the Education of Children with Disabilities.Retrieved May3,2005 from http://www ideapractices. org/law/ regulations/regs/Subpart A.php.

Ingalls , R.P (1987) *mental retardation Changing Outlook* .New York: Wiley.

Irving R. Dickman. (1975). *Living with blindness*. Public ffairs Committee. Inc. USA.

Jacobson, W. (1993). *Art and science of teaching orientation and mobility to persons with visual impairments*. New York: American Foundation for the Blind.

Joffee, E. & Ehresman, P. (1997). *Learners with Visual and Cognitive Impairments*. In Blasch, B.B., Wiener, W.R. & Welsh, R.L. (Eds.). Foundations of Orientation and Mobility. (2nd, pp. 483-499). New York: AFB Press.

Johnson, J.H. & Sarason, I.G. (1978). Life stress, depression and anxiety: Internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 205-208.

Kielhofner, G. (1997). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. 2nd Ed. Philadelphia, F.A.Davis.

King ,G. King,S. & Rosenbaum,P. (1999). Family-centred caregiving and Well-being of parents of children with disabilities: Linking process with out- come. *Journal of pediatric psychology*, 24, 41-53.

Knight, P., & Swanwick, R. (1999). *The care and education of a deaf child: A book for parents*. Clevedon, England: Multilingual Matters LTD.

Kraemer,B. & Blachar,J.(2001).Transition for young adults with severe Mental Retardation: school preparation, parent expectations, and family involvement. *Mental Retardation*, 39,423-435.

Kruesi, M. J. (1987) Effects of sugar and aspartame on aggression and activity in children. *American Journal of Psychiatry,* 144, 11,487-1490.

Kuo,B.Y. (1990). The idea and actual role of the elementary school counselor as perceived by elementary school principals, counselors and teachers in central Taiwan, the Republic of China. *Dissertation Abstracts International*, A, 51, 3, 744-745.

LaGrow, S., & Weessies, M. (1994). *Orientation and mobility: Techniques for independence*. Palmerston North, New Zealand: Dunmore Press.

Lane, H., Hoffmeister, R., & Bahan, B. (1996). *A journey into the Deaf-World*. San Diego, CA: DawnSignPress.

Larson, E(1998). Reframing the meaning of disability to families: the embrace of paradox. *Social science and Medicine*, 47, 865-875.

Lazarus, R.s.,& Folkman,s. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: springer.

Levy, J., Rimmerman, A.& Botuck, S. (1996). The support Network of Mothers of Younger and Adults children with Mental Retardation and Developmental Disabilities Receiving Case Management. *British Journal of Developmental Disabilities*. Jan;42(82,pt. 1): 24-31.

Lewis, R. B. (1997). Changes in technology use in California's special education programs. *Remedial and Special Education*, 18, 233-242.

Lewis, R. B. (2000). Musing on technology and learning disabilities on the occasion of the new millennium. *Journal of Special Education Technology*, 15(2), 5-12.

Lewis, R. B., &r Harrison, P. J. (1988, April). *Effective applications of technology in special education;* Results of a statewide study. Paper presented at The Council for Exceptional Children's 66th Annual Convention, Washington, DC.

Lewis, R.B., & Doorlag, D.H. (2006). *Teaching special students in general education classrooms* .(7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.

Livingston, S. (1997). *Rethinking the education of deaf students*. Portsmouth, NH: Heinemann.

LNR Globalcom, http://www.lnrglobalcom.nl

Lowenfeld, B. (1973).*The visually handicapped child in school*. New York: John Day.

Luckner, J., Bowen, S., & Carter, K. (2001). Visual leaching sirategies for students who are deaf or hard of hearing. *Teaching Exceptional Children*. 33(3), 38-44.

Maag, J., & Katsiyannis, A.(1996). Counseling as a related service for students with emotional or behavioral disorders: Issues and recommendations. *Behavioral Disorders*, 21(4), 293-305.

Maes, W. (1978). Counseling for exceptional children. *Counseling and Human Development*, Vol. 10, PP. 8-12.

Mattson, B. (2001). Related services (2nd ed.). National Dissemination Center for Children with Disabilities (NICHCY) News Digest 16, 1-20. Available online at: http://www.nichcy.org/EducateChildren/IEP/Pages/RelatedServices.aspx.

McColl, M A, Law, M., Stewart D., Doubt, L., Pollack, N and Krupa, T (2003). *Theoretical basis of occupational therapy* (2nd Ed). New Jersey, SLACK Incorporated.

McDonald, E(1964). *A deep test articulation*. Pittsburgh: Stanwix House.

Milgram, N. A., & Atzil, M. (1988). Parenting stress in raising autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18,3, 415-424.

Milick, R. & Pelham, W. E. (1986): Effects of sugar ingestion on the classroom and playgroup behavior of attention deficit disordered boys. *J. Consulting and Clinical Psychology*, 54,5,714-718.

Miller, G.M. (1988).counselor functions in excellent schools: elementary through secondary. *The School counselor*,36, 88-93.

Minuchin,S. (1994). *Families and Family Therapy*, Cambridge, Havard University Press.

Mocellin, G. (1988). A perspective on the principles and practice of occupational therapy. Generally they need to eat loads of bananas and chocolate. *British Journal of Occupational Therapy*, 51,1, 4-7.

Mocellin, G. (1995). Occupational therapy: A critical overview, Part 1. *British Journal of Occupational Therapy*, 58,12, 502-506.

Mocellin, G. (1996). Occupational therapy: A critical overview, Part 2. *British Journal of Occupational Therapy*, 59,1, 11-16.

Moon, M., & Bunker, L. (1987).Recreation and motor skills programming. In M. Snell (Ed.), Systematic instruction of the moderately and severely handicapped (pp. 214-244). Columbus, OH: Charles E.Merrill.

Moores, D. F. (1996). *Educating the deaf: Psychology*, principles, and practices.

Morse,C. & Russell,T. (1988). How elementary counselors see their role an empirical study. *Elementary School Guidance and counseling* , 23 ,55-61.

Mosey, A.C. (1985) *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. New York: Raven Press.

National Information Center for Children and Youth with Disabilities. (1997). *Speech and language disorders*. Washington. DC: Author.

NavTalk from Garmin, www.garmin.com/products /navTalkGSM

Nelson, D. (1996) Therapeutic Occupation: A Definition. *American Journal of Occupational Therapy*, 50,10, pp.775-782.

Nelson, D., L. (1996) Therapeutic Occupation: A Definition. American Journal of Occupational Therapy. 50 (10), pp. 775-782

Newman, L. (1991): The Relationship Between Social Activities And School Performance For Secondary Student With Learning Disabilities Findings Form The National Longitudinal Transition Study Of special education Student, 50p, *Paper Presented At*

The Annual Meeting Of The American Educational Research Associations (Chicago, Il, April 2-7).

NOPPA,http://www.vtt.fi/tuo/53/projektit/noppa/noppaeng.

Nussbaum, N. L. & Bigler, E. (1990). *Identification and Treatment of Attention Deficit Disorder*. Shoal Creek Boulevard, Austin, Texas.

Office of Special EducationPrograms, U.S. Department of Education. (1995, July 12). Letter to Smith. Washington, DC: Author.Porter, S., Haynie, M., Bierle, T.,

Ogden-Niemeyer, L. & Jacobs, K. (1989).*Work Hardening: State of the Art.* Slack: Thorofare, N.J.

Olsson, M. B. (2004). *Parents of children with intellectual disabilities. Unpublished Dissertation*, Goteborgs Universitet. Sweden.

Ong, L., Chandran, V. & Peng, R. (1999). Stress Experiences by Mothers of Malaysian Children with Mental Retardation. *Child Health*, 35, 358-362.

Parasnis, I. (1998). *On interpreting the deaf experience within the context of cultural and language diversity*. In Parasnis, I. (Ed.), Cultural and language diversity and the deaf experience (pp. 3-19).

Pierangelo, R. & Giuliani G.A. (2004). *Transition services in special education*. Boston, MA: Pearson Education, Inc.

Pogrund, R., Healy, G., Jones, K., Levack, N., et al. (1995). *Teaching Age-Appropriate Purposeful Skills: An Orientation and Mobility Curriculum for Students with Visual Impairments* (2nd ed.). Austin, TX: Texas School for the Blind.

Polatajko, H (2001). The evolution of our occupational perspective: The journey from diversion through therapeutic use to enablement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 203-207.

Porgund, R., Fazzi, D. & Lampert, J. (1992). *Early Focus; Working blind and visually impaired children and their families*. New York, American Foundation for the blind.

Price-Bonham,S.&Addison,S.(1978). Families Mentally retarded Children. *The Family Coordinator*, 3, 221-230

Prinze, B.M.W. (1983) Language acquisition and communicative behaviors in autism: Towards an understanding of the 'whole' of it, *Journal of Speech and Hearing Research*, 40, 33–48.
Ranarec,R.(1995) . Does sucrose or aspartine cause hyperactivity in children? *Nutrition Review*, 52, 173- 175.

Rapport, J. K. (1996). Legal guidelines for the delivery of special health care sen-ices in schools. *Exceptional Children, 62,* 537-549.

Rees, T. (1992). Students with hearing impairments. In L. G. Cohen (Ed.), *Children with exceptional needs in regular classrooms* (pp. 98-117). Washington, DC: National Education Association.
RESNA Technical Assistance Project. (1992). Assistive technology and the individualized education program. Arlington, VA: RESNA Press.
Reynolds. M. C., & Birch, J. W (1988). *Adaptive mainstreaming* (3rd ed.). New York: Longman.
Riley, L. H., Luterman, D. M., & Cohen, M. F. (1964). Relationship between hearing ability and mobility in a blinded adult population. *New Outlook for the Blind*, 58, 139-141.
Rodrigue,J.R.,Morgan,S.B.,&Geffken,G.(1990).Families of autistic children: Psychological functioning of mothers. *Journal of clinical Child psychology*, 19,4,371-379.
Rogers JC (1983), Eleanor Clarke Slagle Lecture. Clinical Reasoning; the ethics, science and art. *American Journal of Occupational Therapy*, 37,9, 601-616

Rosen, L. A. (1988). Effects of sugar (sucrose) on children behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56,4, 583-589.
Rothstein, R., & Everson, J.(1995). Assistive technology for individuals with sensory impairments.In K. Flippo, K. Inge, & J. Barcus (Eds.), Assistive technology: A resource for school, work, and community (pp.105-129). Baltimore, MD: Paul H.Brookes.
Rousey,A.M.,Bests, S.,&Blacher, J. (1992). Mothers and fathers perception of stress and coping with children who have sever disabilities. *Journal of Mental Retardation*,97,1, 99-109.
Saloviita, T.; Italinna, M.& Leinonen, E(2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with

intellectual disability: a Double ABCX Model, *Journal of Intellectual Disability Research.* 47,4-5,300-312.

Saunders, R. P.; Motl, R. W. ; Dowda, M. R. & pate, R. (2004). Comparison of social Variables for understanding physical activity Adolescent Girls. *Journal of health and Social Behavior*,28,5 ,426-436.

Schleien, S., Green, F., & Heyne,L. (1993). Integrated community recreation. In M. Snell (Ed.),Instruction of students with severe disabilities (4th ed.) (pp. 526-555).New York: Macmillan.

Scholl, g. (1986) *Foundation of education for blind and visually handicapped children and Youth*, New York, American foundation for the blind.

Scott , E. (1992). *Your visually impaired student*. Baltimore: University Park Press.

Shepard, D. H. (1986, November). Special students and regular software. *The Computing Teacher*, 18-19.

Shin, J. Y. (2002). Social Support for Families of Children with Mental Retardation: Comparison between Korea and the United States. *Journal of Mental Retardation*,40, 2, 103-118.

Sighted Guide Traininghttp://www.guidedogsvictoria.com.au/ sighted-guide-training.

Silberman, R.K., Sacks, S.Z. & Wolfe, J. (1998). *Instructional strategies for educating students who have visual impairments with severe disabilities.* In S.Z. Sacks & R.K. Silberman (Eds.) Educating Students Who Have Visual Impairments with Other Disabilities. (pp. 101-138). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Sivin-Kachala, J., & Bialo, E. R. (1996). *Report on the effectiveness of technology in schools*, '95-'96. Washington, DC: Software Publishers Association.

Skinner, D., & Schaffer, R. (2006). Families and genetic diagnoses in the genomic and Internet Age. *Infants & Young Children*, 19, 16–24.

Smith, C. A. (1999). Family life pathfinders on the new electronic frontier. Family Relations, 48, 31–34.

Smith, D. D. (2007). *Introduction to special education*, 6 Edition. Boston. London.

Smith, M. & Levack, N. (1996). *Teaching students with visual and multiple impairments*. Austin, Texas: Texas School for the Blind and Visually Impaired.

Smith, P. (1990). Integrating related services into programs for students with severe and multiple handicaps. Lexington, KY: Kentucky Systems Change Project, Interdisciplinary Human Development Institute.

Sommerville,R.M. (1981). The role of the elementary school counselor in Texas as perceived by elementary school counselor, *Dissertation Abstracts International*, A, 42,3 , 1016.

Statistics C. (2004, July). Household Internet use survey. The Daily. Retrieved November 2, 2004, from *http://www.statcan.ca/ english/ dai-quo/*.

Stewart, J.C. (1987): *Counseling Partents of Exceptional Children: Principles Problems and Procedures*. New York: MSS Information Corporation.

Strickland, B., & Turnbull, A. P. (1993). Developing and implementing individualized education programs (3rd ed.). Columbus, OH: Merrill.

Tao, S.; Dong, Q., Pratt, M.W. & Pancer , S. M. (2000). Social support Relations to coping and adjustment During the transition to University in the People's Republic of china. *Journal Adolescent Research* ,15,1,123-144.

Tarver Behring, S., Spagna, M. E., & Sullivan, J. (1998). School counselors and full inclusion for children with special needs. *Professional School Counselor*, 1, 51-56.

Tarver-Behring S. & Spagna M. E. (2004). Counseling With Exceptional Children, *Focus on Exceptional Children*, 36,8,1-12.

Taylor, E. and Manguno, J. (1990) Use of Treatment Activities in Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45,4, pp.317-322.

Teller , T , Miller , A. & Factor ,A. (1997). Adults with Mental Retardation as to their parents : effects on Parental care appraisal. *Journal of Mental Retardation*,35, 5, 338-346.

Trekker, manufacturer www.visuaide.com/gpssol.html

Trey Fitch,E.Victor,B.& Jennifer,L. (2001). Future school administrators perceptions of the school counselors role. *Counselor Education and Supervision*,41,2, 89.

Tubbs, C. and Drake, M. (2007) *Crafts and Creative Media in Therapy*. 3rd ed. Thorofare: Slack Incorporated.

Tucker, R. L., Shepard, J., & Hurst, J. (1986). Training school counselors to work with students with handicapping conditions. *Counselor Education and Supervision*, 26,56-60.

Turner, A., Foster, M. and Johnson, S.E. (1997) *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Principles*, Skills and Practice. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Tye-Murray, N. (1991). The establishment of open articulatory postures by deaf and hearing talkers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 453-459.

U.S. Department of Commerce (2000, October). Falling through the net: toward digital inclusion. Retrieved December 12, 2002, from http*://www.ntia.doc.gov/ntiahome/fttn00/falling.htm U.S.* Department of Commerce (2002, February). How Americans are expanding their use of the Internet.

U.S. Department of Education. (2000). To assure a free appropriate public education: 22nd annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act. Washington, DC: Author.

U.S. Department of Education.(1999, March 12). Assistance to states for the education of children with disabilities and the early intervention program for infants and toddlers with disabilities; final regulations. Federal Register, 64(48), 12406-12671. (Available at: www.ideapractices.org/lawandregs.htm)

Van Hattum, R. J. (1980) *Communication disorders: An introduction*. New York: McMillan.

Van Riper, C. (1978). *Speech correction*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Verheijden, M.; Bakx, C.; Akkermans, R.; den Hoogen, H.; Godwin, M.; Rosser, W.; Van Staveren, W. &; Van Weel, C. (2004) Web-Based Targeted Nutrition Counseling and Social Support for Patients at Increased Cardiovascular Risk in General Practice: Randomized Controlled Trial, *Journal of Medical Internet Research*, 6,4.

Wallander, J., Pitt, L. C., & Mellins, C. A. (1990). Child functional independence and maternal psychosocial stress as risk factors threatening adaptation in mothers of physically or sensorially

handicapped children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 818-824.

Walter, A. (1981). *Introduction of personality*, New York : Holt-Rinehart & Winston.

Welsh, R. (1997). *The psychosocial dimensions of orientation and mobility*. In Blasch, B.B., Wiener, W.R. & Welsh, R.L. (Eds.). Foundations of Orientation and Mobility. (2nd, pp. 200-230). New York: AFB Press.

Welsh, R., & Blasch , B. (1980) *Foundations of and mobility* New York: American Foundation for the Blind.

Whiteford, G. and Fossey, E. (2002). Occupation: The essential nexus between philosophy, theory and practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49,1, 1-2.

Wiener, W. R. (1980). *Audition*. In R. L. Welsh & B. B. Blasch (Eds.), Foundations of orientation and mobility (pp. 115-185). New York: American Foundation for the Blind.

Wiener, W. R., & Lawson, G. D. (1997). *Audition for the traveler who is visually impaired*. In B. B. Blasch, W. R. Wiener, & R. L. Welsh (Eds.), Foundations of orientation and mobility (2nd ed., pp. 104-169). New York: AFB Press.

Winneke, R. E. (1989): Modulation of lead induced performance deficit in children by varying signal rate in a serial choice reaction task. special issue: interdisciplinary aspects of neurotoxicology, *Neurotoxicology and Teratology*, 11,6, 587-592.

Wright ,P.S. & Wright,P.D. (2004). *Wrights Low IDEA 2004* .Harbor House Law Press,1 edition.

Wu, C & Lin, K. (1999) Defining Occupation: A Comparative Analysis. *Journal of Occupational Science*. 6 ,1, 5-12 .

هذا الكتاب

محاولة جادة وجديدة في ميدان التربية الخاصة، فأما كونه محاولة جادة فذلك لأنه احتاج من المؤلف الوقت والجهد حتى يخرج متكاملاً على النحو الذي خرج به ،وأما كونه محاولة جديدة فذلك لأن ميدان التربية الخاصة يخلو من كتاب يحمل نفس العنوان.

إن الكتاب الذي بين يدي القارئ الكريم يتناول عدد من الموضوعات الحيوية ذات العلاقة بتأهيل وتدريب والعناية بذوي الإعاقات، تلك الخدمات التي حرم منها الكثيرين منهم في عالمنا العربي، والتي يرى البعض أنها من أوجه الترف والرفاهية، ولكن المتأمل في فصول الكتاب يتيقن بأهميتها وضرورتها لهم. إن هذا الكتاب يؤكد للدراسين والمربين والقائمين على رعاية وتربية وتأهيل تلك الفئات بحتمية توفير الخدمات المساندة لذوي الإعاقات حتى يمكنهم الاستفادة من الخدمات التعليمية المقدمة لهم .



ISBN : ٩٧٨-٦٠٣-٨٠٠٥-٧٠-٥
501639
DAR AL-ZAHRAA

دار الزهراء
للنشر والتوزيع

الرياض . طريق مكة المكرمة
ت: ٤٦٤١١٤٤ - ف: ٤٦٥٩٥٣٧
ozahraa@hotmail.com dar_alzahraa@hotmail.com
www.daralzahraa.com.sa